ВЕСТНИК КГМА 2010 № 3

Научный медицинский журнал Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева

Главный редактор
Зурдинов А.З.

Зам. главного редактора
Ырысов К.Б.

Ответственный секретарь
Исакова Ж.К.

Редакционная коллегия
Кудаяров Д.К.
Мамакеев М.М.
Мамытов М.М.
Мурзалиев А.М.
Нанаева М.Т.

Редакционный совет

Акынбеков К.У.
Алымкулов Р.Д.
Бектуров Ж.Т.
Бримкулов Н.Н.
Кадырова Р.М.
Кожакматова Г.С.
Кононец И.Е.
Куттубаева К.Б.
Куттубаев О.Т.
Мергенбаева Т.К.
Мусуралиев М.С.
Усупбаев А.Ч.
Сатылганов И.Ж.
Тилекеева У.М.
Чонбашева Ч.К.
Шаршенов А.К.

Учредитель

© Кыргызская государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92
КГМА,
Телефон: (0312) 54 58 82
E-mail: vestnikkgma@mail.ru

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Ответственность за содержание и достоверность материалов несут авторы.

СОДЕРЖАНИЕ

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Ректор КГМА им. И. К. Ахунбаева, член-корр. НАН КР, д.м.н., профессор А. З. ЗУРДИНОВ 4

ВОСПОМИНАНИЕ

Кожакматова Г.С. Мой отец - профессор Кожокматов 6

Джанузаков Б.Ч. Человек, хирург, учитель! 9

Ибрагимов А.А. По жизни - как отец, брат и друг 10

Кулиев С.К. Кожокматов Сатындыны эскерүү 13

Абдулазиз Мурзаев. Кожокматов Сатындыга 14

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ

Сейталиева З.К., Бошкоев Ж.Б., Джумабеков С.А. Осложнения при проведении нейролептанальгезии у больных с ожоговой травмой 16

Ходжаева О., Абдыкаирова Н., Аттокурова Р.М., Сатаров Н.А., Шаршеналиева Г.К. Качество жизни у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в активной фазе 20

Р.А.Оморов, Ж.Т.Конурбаева, Р.К.Бейшенбаев, У.Мусаев, К.С.Жумадилов. Устранение нарушения проходимости желчевыводящих путей при механической желтухе 25

А.И.Мусаев, М.С.Айтиазаров, Р.А.Хасанов, Д.У.Молдоташев, А.Ж.Акешов, Максут уулу Эрлан. Совершенствование способов ликвидации желчных свищей при эхинококкозе печени 29

Айдыралиев Р.К., Резепкина Л.Б., Игембердиева О. А., Кадыралиев Т. К., Айтбаев К. А., Алдашев А. А. Собственная и зондовая флуоресценция атерогенных липопротеинов сыворотки и аорты человека 32

Саяков У.К., Кадырова А.И., Орозалиев М.Б., Кемельбекова А. Гемангиомы наружных локализаций и их осложнения. (случай из практики) 38

Арбаналиев М.К., Адамалиев К.А., Порощай В.Н. Диагностика и активно консервативное лечение дисфункции мочевого пузыря у детей с миелодисплазией 41

Керималы кызы Майрам, Маматова А.Ш., Суманов Е.Е. Влияние гуморальных факторов миоматозной ткани на морфофункциональное состояние матки в эксперименте 44

Казакова А.В. Актуальность вопроса о значении качества жизни в современном обществе на примере больных с рубцовыми деформациями кожи 48

Алдашева Н.М. Врожденные пороки сердца у детей раннего возраста. 50

Винников Д.В. 8-й международный конгресс по горной медицине и физиологии в Арегипе, Перу. 52

Колопов А.С. Право на охрану здоровья. 56

Ташматов.А.М. Тактико- технические ошибки при остеосинтезе 60

Брусенская Е.И., Аршидинов Р.А., Ермолин Е.П., Клановец Е.К. Результаты блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза диафизарных и околосуставных переломов у больных с политравмой. 62

Турганбаев А.Э., Мукашев М.Ш. Структурная характеристика лимфоидных узелков регионарных лимфатических узлов легких при различных сроках смерти от ожоговой травмы на фоне алкогольной интоксикации. 65

Мамытов Э.Б, Маматалиев Э.К, Дюшеналиев Б.Б. Применение фиксаторов с памятью формы при переломах бедренной кости 68

Калиев А.К., Искаков Н.Ж., Смагулов А.М. Современные методы лечения раневой инфекции 71

Бегалиев А.А., Мамыров М.К., Тырготов Т.А., Джандарбеков С.Т. Опыт и результаты внедрения артроскопического метода диагностики и лечения у больных с повреждением менисков 74

С.А. Джумабеков, Р.А. Уматалиев, М.К. Сабыралиев, Мырзахат уулу Абас. Метод переднего спондилодеза пористым никелидом титана как альтернатива аутокостной стабилизации при дегенеративных заболеваниях пояснично-крестцового отдела позвоночника 78

С.А. Джумабеков, Р.А. Уматалиев, М.К. Сабыралиев, Мырзахат уулу Абас. Результаты стабилизирующих операций имплантатами из пористого никелида титана при дегенеративных поражениях пояснично-крестцового отдела позвоночника 80

Эралиев Б.А.*, Ашимов Ж.И. **, Ыдырысов И.Т. *** Анализ причин релапаротомий 83

Эралиев Б.А.*, Ашимов Ж.И. **, Ыдырысов И.Т. *** Прогнозирование исходов вынужденных и спрограммированных ре и ре-релапаротомий 86

Султанмуратов М.Т., Дженбаев Е.С., Абылкасымов К.Т.. Обоснование, организация и проведение поэтапной медицинской реабилитации больных пострадавших при чрезвычайных ситуациях (ЧС) 90

Амзаев С.Ю. Рентгенологические критерии адекватной предоперационной подготовки к эндопротезированию тазобедренного сустава 93

Айтназаров Э.Т. Анализ клинического опыта тотального эндопротезирования коленного сустава. 97

Давлеталиева Н.Э., Бримкулов Н.Н., Винников Д.В., Мергенбаева Т.К. Изучение информированности пациентов с бронхиальной астмой в Кыргызской Республике о льготном лекарственном обеспечении, поддерживаемом государством. 101

Мукашев М.Ш. Мукашев Т.М. Судебно-медицинская оценка осложненного закрытого перелома костей носа. (Случай из практики). 107

В.М. Мадьяров. Социально-гигиеническая характеристика больных с острой кишечной непроходимостью 110

Абдулакимова Д.А., Юсупова Г.С., Калиев Р. Р. Оценка эффективности лизиноприла в сочетании с индапамидом у больных артериальной гипертонией с сопутствующим сахарным диабетом 2-го типа 113

Б.Т.Исмайылов, Дюшеналиев Б.Б. Тактика лечения травматических вывихов бедра с переломами заднего края вертлужной впадины при политравме 116

В.В.Красоцкий. Оптимизация лечения больных с переломами шейки бедренной кости. 119

Сайдахметов Т.Б., Ботбаев А.А. Анализ альтернативных методов экстракции катаракты без использования ультразвука. 123

Насыров Н.Р. Патоморфологические аспекты поствазоэктомического синдрома при превентивной вазорезекции 128

Насыров Н. Характер сексуальной дисфункции у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы 131

Нурматов У. К. Оценка результатов межтелового спондилодеза способом "клин-шина" при нестабильных формах поясничного остеохондроза по индексу Освестри и ВАШ в сравнительном аспекте. 135

Б.А.Алиев, К.Н.Дабуров. Основы биологической безопасности профессиональной деятельности медицинского персонала стоматологических учреждений 138

М.И.Нусратуллоева, К.Н.Дабуров. Метафилактика рецидивирования мочекаменной болезни диетотерапией 140

З. Аминов, И.Н. Нусратуллоев. Применение препарата "Байтач" в лечении больных уролитиазом 142

Ф.С.Саъдулоев, К.Н.Дабуров. Внутрибольничные инфекции в ЛПУ Таджикистана проблемы и пути их решения 145

Кудайкулов М.К. После операционный остеомиелит бедра 148

Ж.И. Ашимова*, Г.Ж. Бектурова.** Проблемы этики жизни в трансплантологии (грани философской рефлексии) 149

Ж.И. Ашимова*, Г.Ж. Бектурова.** Проблемы этики ответственности в трансплантологии (грани философской рефлексии) 153

ТЕЗИСЫ

Ибрагимова Т.М., Леонтьева Н.С., Калиев Р.Р. Поражение сердечно-сосудистой системы у больных с гипертонической формой хронического гломерулонефрита в зависимости от стадии хронической почечной недостаточности 159

Кадыралиев Т. К., Тулекеев Т. М., Райымбеков Ж. К. Морфофункциональное состояние органов иммуногенеза при адаптации организма к климатогеографическим факторам высокогорья. 160

ЮБИЛЕЙ

Апаркуль Шаршеевне Курумшиевой - 60 лет. 161

ПАМЯТИ

Памяти Асылбека Айдарбековича Бурабаева 163

ЖИЗНЬ КГМА

Состояние и перспективы развития медицинской науки и здравоохранения в кыргызской республике. 165

Этот номер журнала приурочен 75 летию Заслуженного врача и Заслуженного деятеля науки Кыргызской Республики, одного из основателей травматологической службы Кыргызстана профессора Кожокматова Сатынды Кожокматовича.

Кожокматов Сатынды родился 3 декабря 1935 г в с. Маман, Ак-Суйского района Иссык-Кульской области. После окончания средней школы в 1953 г он поступил на лечебный факультет Киргизского государственного медицинского института. В 1959 году, после окончания учебы в КГМИ, Сатынды Кожокматов начал трудовую деятельность врачом-хирургом в городской больнице г.Сулюкта Ошской области. Здесь он внедрил прогрессивный метод лечения переломов с применением аппарата Илизарова, эндотрахеальный наркоз и другие методы лечения при повреждениях опорно-двигательного аппарата.

В 1971 году защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук в Центральном научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии г. Москва на тему: "Производственный травматизм у шахтеров угольных шахт и научные обоснования его профилактики" (по материалам шахт "Сулюктауголь" Киргизской ССР). В г. Сулюкта проработал 16 лет, где к 1975 г. заведовал хирургическим отделением городской больницы.

В 1975 году Кожокматов Сатынды переехал в г. Фрунзе, где начал работу в Киргизском государственном медицинском институте, вначале - ассистентом, с 1981 года - доцентом, с 1990 года - заведующим кафедрой, а с 2003 года профессором кафедры травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии.

Сатынды Кожокматов защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: "Лечение повреждений тазобедренного сустава и их последствий" в 1993 г. в г. Москва,.

Сатынды Кожокматов был главным травматологом Минздрава КР, президентом ассоциации травматологов и ортопедов Кыргызской Республики, являлся Почетным членом ассоциации травматологов и ортопедов России. Им было опубликовано свыше 160 научных работ, включая 6 монографий, 11 методических рекомендаций для студентов и врачей, он получил 15 авторских свидетельств и патентов на изобретения и 18 удостоверений на рационализаторские предложения, награжден грамотой Кыргызпатента. Основные направления его научно-исследовательских работ: профилактика травматизма, лечение политравмы, повреждений крупных суставов, лечение переломов и заболеваний костей методом Илизарова.

В 1999г., за монографию "Лечение повреждений тазобедренного сустава и их последствий". Сатынды Кожокматов был удостоен премии имени академика И. К. Ахунбаева НАН КР.

Сатынды Кожокматов был высококвалифицированным специалистом, активным оперирующим хирургом, врачом травматологом-ортопедом высшей категории. Он внедрил в практическое здравоохранение 18 новых методов диагностики и лечения травматолого-ортопедических больных, включая внедренное в 1979 г. впервые в республике эндопротезирование тазобедренного сустава и стабильно-функциональный остеосинтез при переломах длинных костей. В 1992, 1995 гг. Сатынды Кожокматов внедрял лечение переломов и заболеваний костей методом Илизарова в городах Индора и Бхопал (Индия).

Первый травматолог-ортопед из числа представителей коренной национальности, доктор медицинских наук, профессор, Кожокматов Сатынды являлся опытным педагогом, являлся инициатором введения многих учебно-методических приемов преподавания. Его лекции по курсу травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии проходили на высоком научно-методическом уровне с применением новейших данных медицинской науки. Под его руководством защищено 1 докторская и 10 кандидатских диссертаций.

За безупречную научно-практическую и организационную работу Сатынды Кожокматов был награждения орденом Трудового Красного Знамени (1971), медалью "За доблестный труд" (1970), Грамотой Президиума Верховного Совета Киргизской ССР (1963), Знаком "Отличник здравоохранения СССР" (1970), Медалью "Ветеран труда" (1985), Заслуженный врач Кыргызской Республики (1995), Заслуженный деятель науки Кыргызской Республики (2006).

В 1998 г. жители г. Сулюкта избрали Сатынды Кожокматов "Почетным гражданином города Сулюкта". Сатынды Кожокматов пользовался заслуженным авторитетом и уважением медицинской общественности, друзей.

Ректор КГМА им. И. К. Ахунбаева,
член-корр. НАН КР, д.м.н., профессор *А. З. ЗУРДИНОВ*

Международная научно-практическая конференция,
посвящённая 75 летию
Заслуженного врача и Заслуженного деятеля науки КР,
Лауреата премии им. И.К. Ахунбаева,
Доктора медицинских наук, Профессора
С.Кожокматова

МОЙ ОТЕЦ - ПРОФЕССОР КОЖОКМАТОВ

Кожакматова Г.С.
Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии КГМА

Профессор Кожокматов Сатынды Кожокматович начал свою трудовую деятельность в шахтерском городе Сулюкта, Ляйлякского района, Ошской области, как хирург общего профиля. Много лет он заведовал хирургическим отделением, выполняя сложнейшие операции на грудной и брюшной полостях. Выезжал на все вызовы, оказывая помощь и урологическим, и гинекологическим больным. Он же был и анестезиологом, впервые в г. Сулюкта внедряет эндотрахеальный наркоз. Среди хирургических больных в отделении все же доминировали больные с повреждениями костей опорно-двигательного аппарата, которые требовали особого внимания, знания, умения вовремя сориентироваться в обстановке и принять соответствующее решение. Приходилось неоднократно спускаться в шахту, изучать обстановку под землей, выявлять причинные факторы травматизма при авариях, обвалах и т.д.

Опыт, полученный в результате лечения травматизма у шахтеров, в последующем, лег в основу его диссертации, представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук в 1971г. и защищенной на специализированном совете при Центральном институте травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова г. Москва.

Продолжая работать, Кожокматов С.К. усовершенствует методы лечения травматологических больных. Им впервые в условиях Сулюктинской городской больницы внедрен метод внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза аппаратом Илизарова.

Работая в отдаленном районе Кыргызстана, он поддерживает связь с Центральным институтом травматологии и ортопедии. Ему посчастливилось общаться, работать, перенять опыт у великих ученых Советского Союза, имена которых были известны далеко за пределами страны. Это А.М.Дворкин - его непосредственный руководитель, А.В. Каплан, чья книга " Закрытые повреждения костей и суставов" является настольной книгой каждого травматолога, К.М.Сиваш - заслуженный изобретатель СССР, пионер в области эндопротезирования, академик М.В.Волков, который был директором института в течение 22 лет и многие другие.

С 1975 года профессор Кожокматов С.К. работал в г. Фрунзе, заведовал травматологическим отделением, куда поступают больные с тяжелой множественной и сочетанной травмой, когда приходится в экстремальном порядке принимать решение о дальнейшем ведении больных. С этой проблемой он успешно справлялся, поскольку за спиной был 16-летний опыт хирурга общего профиля. В последующем отец совмещал свою практическую деятельность с педагогической деятельностью. Работал ассистентом, а затем доцентом кафедры. Одновременно занимался научным исследованием, выбрав одну из сложнейших проблем в травматологии и ортопедии - повреждения и заболевания тазобедренного сустава.

Сатынды Кожокматович в 1979 году впервые в республике внедрил эндопротезирование, а также стабильно-функциональный остеосинтез при переломах длинных костей.

Травмы в области тазобедренного сустава представляют актуальность и в настоящее время, поскольку очень много осложнений при этом виде повреждения. И, прежде всего, осложнения, связанные с диагностическими

шибками, отсюда - неправильным выбором метода лечения. В связи с этим, им, впервые в Средней Азии, предложено компьютерно-томографическое исследование тазобедренного сустава, что позволило улучшить диагностику и значительно улучшить результаты лечения. Кроме того, работая над этой проблемой, предлагал ряд оригинальных устройств и способов для лечения повреждений тазобедренного сустава. Результаты многолетних исследований объединены в его докторской диссертации, а за монографию "Лечение повреждений тазобедренного сустава и их последствий" удостоен премии имени академика И.К.Ахунбаева НАН КР (1999г.).

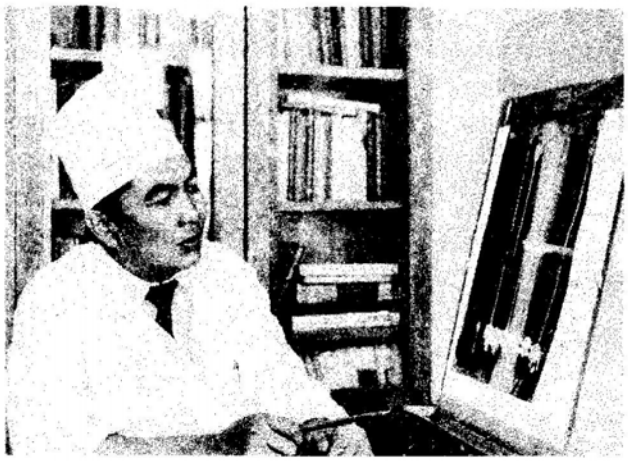
С 1990 по 2003 годы Кожокматов С.К. заведует кафедрой травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии КГМА. Ученики профессора в своих работах продолжили и дальше развивают идеи своего учителя. Под его руководством защищены 1 докторская и 10 кандидатских диссертаций.

Являясь президентом ассоциации травматологов-ортопедов Кыргызской Республики, профессор С.К. Кожокматов объединяет в единую семью травматологов республики. Своим учителем его считают главные травматологи областей и районов, которые свою практическую деятельность успешно совмещают с научной работой.

Благодаря Сатынды Кожокматовичу, его неутомимой энергии, обаянию, и стремлению поднять травматолого-ортопедическую службу Кыргызстана на должный уровень, ассоциация травматологов и ортопедов тесно сотрудничала с подобными организациями России, Казахстана, Узбекистана, а также стран дальнего зарубежья, в том числе и Индии. Например, г. Индора, куда он неоднократно ездил и внедрил метод внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза аппаратом Илизарова и где получил звание профессора, будучи кандидатом медицинских наук. Регулярно выезжал с научными докладами в такие страны как США, Канада, Франция, Израиль, Швейцария, Греция, Египет, Турция, постоянно обмениваясь с коллегами информацией, новыми методами диагностики и лечения травматолого-ортопедических больных, стараясь не отставать от зарубежных коллег в плане тактики лечения, усовершенствования методов лечения.

Как главный травматолог Министерства здравоохранения Кыргызской Республики профессор Кожокматов по линии санитарной авиации побывал во всех точках республики, оказывая лечебно-консультативную помощь населению страны.

Говоря о заслугах профессора, нельзя не отметить и его вклад, как в развитие здравоохра-



нения, так и травматологической службы южного региона республики - его второй родины. Население города Сулюкта это знает, высоко ценило и всегда принимало его, как сына. И, наверное, среди прочих наград, самым дорогим для него было то, что его родной Ляйляк присвоил ему, одному из первых, звание "Почетного гражданина " в честь 130 - летия города.

За безупречную научно-практическую и организационную работу профессор С.К.Кожокматов был награжден орденом Трудового Красного Знамени, медалью "За доблестный труд", грамотой Президиума Верховного Совета Киргизской ССР, значком "Отличник здравоохранения СССР", медалью "Ветерану труда", удостоин званий "Заслуженный врач Кыргызской Республики" , "Заслуженный деятель Кыргызской Республики".

Оценивая роль профессора С.К.Кожокматова в формировании травматологической школы в Кыргызстане, я хочу несколько слов сказать о том, какова роль отца в моем становлении, как травматолога-ортопеда.

Думаю, мне немного больше повезло, чем моим коллегам при выборе профессии, т.к. я родилась и росла в семье травматолога, и к тому

же, первым ребенком на которого, обычно, возлагают большие надежды.

В детские годы часто бывала в хирургическом отделении. С 8 класса работала санитаркой в операционной. Первую операцию, внематочная беременность, на которой я присутствовала, выполнял папа. Тогда я, помню, потеряла сознание. Но это не отбило желание стать врачом, напротив, я хотела утвердиться в этом. Часто, когда мои каникулы совпадали с командировками отца в Центральный институт травматологии и ортопедии (ЦИТО), он брал меня с собой. Поэтому ЦИТО я знаю с детства. Присутствовала на его защите в 1971г., тогда я училась в 6 классе. В то время я не понимала тонкостей выбранной профессии, но для себя твердо решила, что стану врачем-хирургом.

Позже, несмотря на уговоры родителей стать окулистом или терапевтом, но только не травматологом, я не смогла изменить своей мечте. Поэтому, после окончания института поступила в клиническую ординатуру, а затем в аспирантуру ЦИТО. Многих ученых я знала с детства. Многие для меня являлись примером для подражания. Я счастлива, что судьба подарила мне таких прекрасных учителей как А.Казьмин, М.Берглезов, В.Дедова, Г.М.Тер-Егиазаров и др..

Профессора в ЦИТО часто говорили мне: "Папа привил тебе любовь к этой профессии и сделал травматологом". И это, наверное, так. Если бы я не была свидетелем всех папиных побед, достижений, наверное, не привлекла бы меня эта профессия. Хотя кто знает. Когда меня спрашивают, почему я стала травматологом, я отвечаю: "Отягощенная наследственность". Быть может, она передалась мне генетически, как некоторые наши тяжелые наследственные заболевания опорно-двигательного аппарата.

Кандидатскую диссертацию я защитила досрочно в ЦИТО под руководством замечательного человека, ученого, заслуженного деятеля науки и заслуженного изобретателя СССР, доктора медицинских наук, профессора, который являлся не только моим научным руководителем, но и сыграл большую роль в моем становлении, как личности, чье имя я всегда произношу с гордостью - Дурсун Исмаилович Черкес-Заде.

Позже, волею судьбы, по конкурсу прошла на должность старшего научного сотрудника в Узбекский НИИ травматологии и ортопедии. Проводила исследования в области лечения больных с минно-взрывными повреждениями конечностей. Результаты исследования легли в основу докторской диссертации на тему "Лечение и профилактика последствий боевых повреждений конечностей с использованием биологических способов коррекции восстановительного процесса", которую защитила в 1999 г.

Несмотря на внешнее благополучие, в моей жизни было много препятствий, проблем, ведь не все бывает гладко. Но вера моего отца в мои способности, его поддержка, помогали мне преодолевать преграды на жизненном пути. Это большое счастье, когда желание родителей совпадают с желаниями ребенка. Когда это в жизни действительно присутствует, тогда можно добиться чего-то существенного. К счастью, наши желания совпали. Благодаря своим родителям и, прежде всего отцу, сбылась моя детская мечта стать врачом и не просто врачом, а врачом травматологом-ортопедом. Сейчас я работаю в Кыргызской государственной медицинской академии, продолжая дело отца - профессора кафедры травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии. Читаю лекции студентам, провожу практические занятия, консультирую и оперирую больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы.

Сегодня отца нет с нами, очень больно осознавать, трудно смириться с потерей, но остались ученики, соратники, единомышленники, продолжающие его дело. Наша задача - не дать засохнуть посаженному им дереву, оно должно продолжать расти и давать новые побеги и новые плоды.

ЧЕЛОВЕК, ХИРУРГ, УЧИТЕЛЬ!

Джанузаков Б.Ч.
Генерал-лейтенант в отставке, общественный деятель

С этим, удивительно красивым и по телу, и по духу человеком мне посчастливилось познакомиться более 40 лет тому назад. Тогда, я - молодой специалист, только что окончивший Фрунзенский политехнический институт, работал главным инженером Сулюктинского мясокомбината. Однажды на производстве произошел несчастный случай: один из рабочих поскользнувшись, упал с эстакады. Было заметно, сильно пострадали его руки, ноги, грудная клетка. Срочно вызвали скорую медицинскую помощь. Вдруг, поморщившись от боли, он попросил: "пожалуйста, переговорите с руководством горбольницы, пусть меня лечит Сатынды аке. Связавшись по телефону с главным врачом горбольницы Максымбековым, я проинформировал о случившемся. Передал пожелание больного и убедительно попросил помочь в этом. На другой день, приехав в больницу, я узнал, что у рабочего был открытый оскольчатый перелом ноги и руки, пострадала грудная клетка, множество ушибов. Его состояние было крайне тяжелым. Глубокой ночью они были вынуждены поднять заведующего хирургическим отделением городской больницы Сатынды Кожокматова и он сделал сложнейшую многочасовую операцию. Я пошел к нему. Сатынды Кожокматович оказался человеком высокого роста, крепкого телосложения, статный, с чуть седеющей шевелюрой. Он встретил меня с широкой добродушной улыбкой, крепким рукопожатием. На мой тревожный вопрос, как состояние нашего рабочего, чем мы можем помочь, он ответил: все нормально, хотя переломы руки и ноги сложные, операция прошла успешно. У нас все необходимое есть, недельки 2 он будет на лечении у нас, а затем выпишем, будем наблюдать амбулаторно. Месяца через два-три он сможет приступить к работе, как будто ничего и не было. Лицо Сатынды Кожокматовича светилось добротой, душевностью, но в то же время в его голосе чувствовалась уверенность за свое дело специалиста. Он пригласил меня к столу и угостил чаем. Так, за пиалой ароматного крепкого зеленого чая мы познакомились и разговорились.

Город Сулюкта имеет богатую историю. Именно здесь зародился, как мы в то время говорили, класс пролетариев: шахтеров, строителей, автомобилистов. В 70-х годах прошлого века в городе действовали 3 крупных угольных шахт (отсюда по праву г. Сулюкта называли кочегаром Средней Азии), швейная фабрика, кирпичный завод, крупная передвижная-механизированная строительная организация, мясокомбинат, молочный завод, автобаза и др. промышленные объекты. Видимо поэтому очень часто случались различные производственные травмы. Со временем, общаясь с горожанами, с руководителями предприятий, в особенности с шахтерами, строителями и водителями, я убеждался: практически все лечебные меры, требующие хирургического вмешательства, проводились под непосредственным руководством или лично Сатынды Кожокматовичем. Сотни людей он поставил на ноги и вернул к жизни. Поэтому и стар, и млад, и мужчины, и женщины говорили о нем уважительно: "Сатынды аке", особо подчеркивая, какая у него легкая, золотая рука, добрые глаза и внутренняя теплота.

Вскоре, в 1971 году мы узнали о том, что Сатынды Кожокматович защитил кандидатскую диссертацию. Это была неожиданная, исключительная весть, буквально весь город ликовал. А как же, хирург самой отдаленной городской больницы, где о науке, о научных исследованиях и разработках говорить-то сложно, (г. Сулюкта самая южная точка на карте Кыргызстана) стал кандидатом медицинских наук. Семья Сатынды Кожокматовича жила недалеко от мясокомбината, поэтому мы часто встречались, беседовали, и однажды он пригласил меня в гости. Так я познакомился с его женой - Бюбюзия эже, дочерями, с его коллегами по работе. Врачи и медперсонал больницы относились к нему уважительно, с любовью, я бы сказал, " белой завистью", ведь о Сатынды Кожокматовиче, о его "золотых

руках" и "добром сердце" говорили не только в г. Сулюкта, но и в Ляйлякском районе, во многих городах и селах Ошской области. И добился всего этого Сатынды ава своим трудом, чутким, внимательным отношением к человеку, который нуждался во врачебной помощи. И, конечно же, это и есть любовь и преданность избранной профессии. Сатынды Кожокматович воспитал целую плеяду специалистов-ортопедов республики, многие годы являлся заведующим кафедрой ортопедии КГМИ. Многие до сих пор помнят его. Его вылечивающую руку и сердце и с душевной теплотой говорят: меня когда-то лечил Сатынды аке. Он поставил меня на ноги и дал "вторую" жизнь. Наверное, это и есть настоящее человеческое счастье. Когда Его труд, дела, память остается у людей на века.

ПО ЖИЗНИ - КАК ОТЕЦ, БРАТ И ДРУГ

Ибрагимов А.А.
к.м.н., доцент кафедры терапии общей практики с курсом семейной медицины КГМА им. И.К. Ахунбаева

Я знал профессора Кожокматова С.К.с малых лет и можно эти отношения разделить на III этапа:

I-й этап - дошкольные и школьные годы (1960-1974гг.)

II-й этап - студенческие годы (1974-1980гг.)

III-й этап - годы становления мною как врача, педагога (1980-2008гг.)

I этап совпал с моими дошкольными и школьными годами.

Мое знакомство с профессором Кожокматовым С.К. произошло в 1960 году, когда мне было всего 5 лет. Я очень любил свою бабушку, она часто брала меня с собой в гости. Однажды, возвращаясь домой, при выходе из автобуса я споткнулся случайно и упал, и люди, выходящие из автобуса, не заметив меня, растоптали спину, в результате чего я получил травму позвоночника. Эту травму бабушка скрыла от родителей. Через 3-4 месяца я заболел, появились повышение температуры тела, боли в позвоночнике и родители меня повели к доктору. Когда я пришел на прием к доктору, в первый раз увидел Кожокматова С.К. Он мне показался очень строгим, серьезным, в тоже время добродушным и внимательным. Сатынды Кожокматович, осмотрев меня, выявил патологию позвоночника и решил отправить меня в областную больницу г. Ленинабада (нынешний город Ходжент), где я пролежал в течение 3-х лет. Я помню, как бабушка часто плакала и ругала Сатынды Кожокматовича за то, что он отлучил внука от нее.

Я очень благодарен судьбе, что встретил Сатынды Кожокматовича. Хорошо помню, эти были годы, когда после окончания нашего альмамата Сатынды Кожокматович был распределен в одну из далеких районов Ошской области, в шахтерский город Сулюкту. Все сулюктинцы благодарны Сатынды Кожокматовичу за то, что он при распределении, несмотря на отдаленность района, юг Республики (сам он выходец из Иссык-Кульской области) согласился поехать работать в наш город.

После того, как я выписался из больницы, в течение многих лет я наблюдался у Сатынды Кожокматовича. Можно сказать, я был одним из первых его пациентов, которых он лечил. Когда я бывал у него на приеме, он относился ко мне не как к больному, а как близкому человеку, как сыну и по-отечески всегда интересовался моим состоянием здоровья, давал нужные рекомендации.

Я помню, когда бывал у него на приеме, видел много больных, идущих к нему, в основном все простые жители г. Сулюкты (шахтеры, учителя, от маленьких до взрослых). Он был всегда добродушным, внимательным, приветливым, в тоже время очень строгим, требовательным, ответственным, относился к больным, как близким и навсегда у меня осталось в памяти такая прекрасная его черта как безотказность,

никогда, никому не отказывал в помощи. Эта черта сохранилась на всю его жизнь.

Эти были годы, когда вместе с Сатынды Кожокматовичем в нашем городе работали и другие врачи, переселившиеся в годы Великой Отечественной Войны из России, настоящие профессионалы своего дела (врач-хирург Ольга Николаевна, врач-педиатр Нина Александровна и другие специалисты). Я еще хорошо помню, будучи учеником СШ им. Ломоносова Сатынды Кожокматович часто посещал нашу школу, встречался с учениками, вдохновенно рассказывал о гуманной профессии врача, тогда наверно и у меня впервые появилась мечта выбрать профессию врача. Мне также запомнился, как часто Сатынды Кожокматович выезжал, встречался с шахтерами, интересовался их нуждами, с условиями работы шахтеров, их бытом и жизнью, состоянием их здоровья. Он знал каждого шахтера, откуда он родом, очень часто оказывал медицинскую помощь на местах, был настоящим другом шахтеров, поэтому не зря все шахтеры полюбили его, за его простоту и человечность. Мне кажется, часто встречаясь с шахтерами, знакомясь с их условиями труда и быта, состоянием здоровья, встречая высокую заболеваемость среди шахтеров, у него появилось обеспокоенность и мысль глубоко заняться их здоровьем, предупреждением травматизма и оформить это виде кандидатской диссертации. Чтобы сделать диссертацию нужно было столько энергии, выдержки и терпения Сатынды Кожокматовичу, что в итоге он достиг своей цели. Тогда еще я поражался высоким профессионализмом Сатынды Кожокматовича. Я помню один из случаев жизни, когда учился в 9-м классе, сильно заболела мама, у нее начался приступ желчной колики, мы вызвали скорую помощь, и доставили ее в больницу. В больнице был дежурный врач и другие врачи, в это время Сатынды Кожокматовича не было, они не могли сразу поставить диагноз и вдруг явился Сатынды Кожокматович, осмотрев ее, сразу поставил диагноз ЖКБ, приступ желчной колики и прооперировал.

После этого, мы еще ближе сблизились с нашими семьями, стали очень родными. Это послужило толчком мне стать врачом, как Сатынды Кожокматович. Сатынды Кожокматовичу обращались не только сулюктинцы и жители близ находящихся районов (Лейлекский, Баткенский), а также жители Ленинабадской области (Республика Таджикистан).

Он всегда оказывал всем медицинскую помощь, спас множество человеческих жизней. За это все его пациенты благодарны ему. Надо отметить, что он не только оказывал помощь больным с травмами, но и больным с другой хирургической патологией, делал все виды хирургической операции, то есть был хирургом общего профиля, как говорят "Хирургом от бога".

II этап совпал с моими студенческими годами (1974-1980 годы).

Если не ошибаюсь в 1974 году Сатынды Кожокматович приехал из Сулюкты в город Фрунзе и устроился работать в нашем мед. институте, начал заниматься научно-педагогической деятельностью. Он читал нам лекции по травматологии, его лекция отличались доступностью, актуальностью, значимостью. И здесь, будучи студентом КГМИ по некоторым вопросам (по учебе, по личным) я всегда обращался к Сатынды Кожокматовичу. И как всегда по-отечески он интересовался моей учебой, семьей, расспрашивал о родителях, о шахтерах, давал советы.

Я помню, когда вступал в партию, надо было получить рекомендации, и я обратился к нему, он безотказно дал рекомендацию для поступления в партию. В рекомендациях и где бы он ни говорил, он всегда повторял, что я знаю его с 5 лет, он мне как сын, мой первый пациент. Я этим горжусь и благодарен ему.

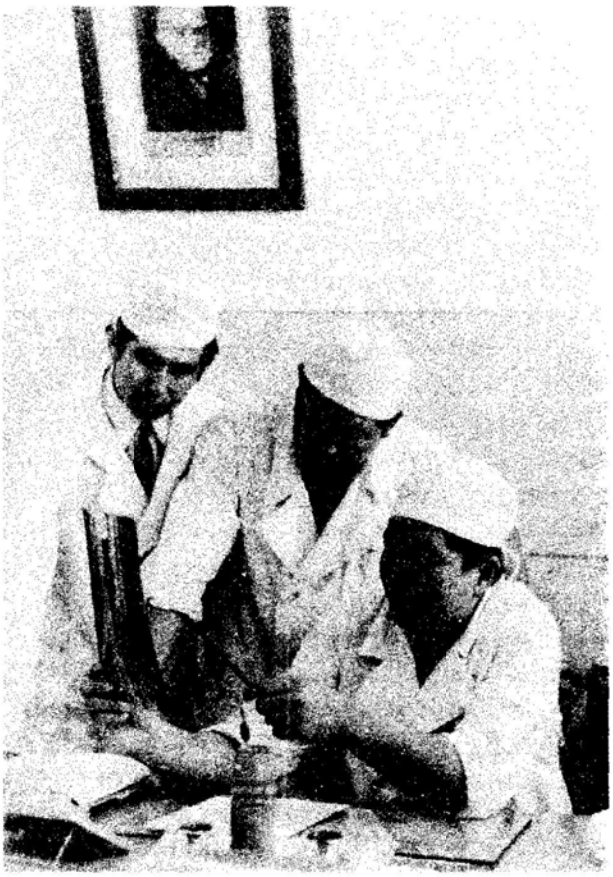
У Сатынды Кожокматовича было колоссальное человеческое обаяние, прекрасное чувство юмора, умение шутить и понимать хорошие шутки. Вспоминается один эпизод из жизни, это был конец 1978-1979 года, как-то он серьезно заболел, перед отъездом мы заглянули к нему, и он уже шел на поправку. Я приехал в Сулюкту на каникулы, там пустили слух, что он умер, а я говорил встречным, что он жив и уже выздоравливает. Приехав во Фрунзе, я сразу же отправился домой к Сатынды Кожокматовичу, увидев его живым и здоровым, я обрадовался, при виде его смотрю, он улыбается, смеется и говорит, что Бакир меня уже отправили на тот свет. Мать Сатынды Кожокматовича говорит, значит, сынок будешь жить долго.

III этап моих отношений с Сатынды Кожокматовичем, совпал с моими годами становления врачом, педагогом (1980-2008 годы).

Помниться 1982 год, когда я учился в аспирантуре в г. Москве, он приехал сюда, если не ошибаюсь, чтоб пройти курсы ФУВ по травматологии, и зашел к нам, как всегда, по-отечески интересовался, как мы живем, не трудно ли нам. Тогда, мы с семьей жили в одной комнате общежития. Несмотря на то, что мы его разместили в гостинице для преподавателей со всеми условиями, он мне говорит: Бакир я никуда не пойду, буду жить у тебя в течение 10 дней. В это время у нас были и другие гости из Сулюкты, увидев их, он обрадовался, как будто встретил своих родных, близких. Мы с семьей были очень рады этому, для нас это была большая честь общаться, сидеть с ним за одним столом, беседовать. Для нашей семьи эти были самые прекрасные, незабываемые дни на всю жизнь. Когда мои соседи, знакомые спрашивали его, кто Вы такой, откуда Вы, он всегда гордо отвечал, что он шахтер, что он из Сулюкты, все удивлялись, как так он же из Иссык-Куля.

Его всегда отличало душевная простота, человеческое обаяние, он ко всем относился одинаково, не делил людей на северян и южан, был настоящим патриотом Отчизны. Он был очень прост в общении, обязателен, любил людей и всегда, когда требовалось, приходил на помощь. Отношение его к труду, людям и к своим пациентам подражающий пример для молодого поколения, всем нам. Такие люди, как Сатынды Кожокматович рождаются на свет только раз в сто лет.

Когда я встречался с ним по делам, он расспрашивал меня о жителях Сулюты, особенно о шахтерах, мне всегда казалось, он знает каждого шахтера, даже говорил мне, вот он из такого рода (кара молдо, теит, бөксө). Даже будучи профессором, заведующим кафедрой травматологии, когда у него не было практически времени, он продолжал интересоваться делами шахтеров г. Сулюкты, неоднократно организовывал и выезжал в качестве руководителя бригады врачей по оказании консультативно-лечебной помощи жителям г. Сулюкта, Лейлекского района.



Зав. хирургическим отделением Сулюктинской горбольницы С.К.Кожокматов.

За годы работы в г.Сулюкте, да и последующие годы до конца своей жизни он оказывал большую помощь всем жителям г.Сулюкты, Лейлекского района и Баткенской области, никогда и ни в чем не отказывал.

Все сулюктинцы ценили и любили Сатынды Кожокматовича, его простоту, человечность, великодушие, все это не передать словами. За его большой вклад в практическое здравоохранение г.Сулюкты, о заботе шахтеров, сулюктинцы избрали его почетным гражданином г.Сулюкты.

Все сулюктинцы гордились и гордятся Сатынды Кожокматович, он успел много сделать для сулюктинцев, других людей Кыргызстана, оставил на нашей земле много славных дел и свершений, оставил в сердцах и в памяти тех, кто его знал, добрый след и светлые чувства. Спасибо ему за это.

КОЖОКМАТОВ САТЫНДЫНЫ ЭСКЕРҮҮ

Кулиев С.К.
Кыргыз республикасынын эмгек сиңирген врачы

Мен биринчи жолу Кожокматов деген фамилияны 1966 жылы ЦИТО нун Москвадан чыккан бир эмгегин окуп жатып кезиктирдим. Сүлүктү шаарындагы ооруканада травматолог болуп иштейт экен. Травматологиялык дарылоо проблемаларын жазыптыр. Мен таң калдым, бул кандай киши болду экен, мындай кыргыз жигиттер Фрунзе (азыркы Бишкек) шаарында жок эле болчу. Анан 1970 жылы Ош шаарында илимий-практикалык конференция болуп, биз Фрунзеден доклад менен бардык. Ошондо Сатынды Кожокматовичти көрдүм, бою узун, салабаттуу, өзүнө жарашыктуу кийинген киши экен. Трибунага чыкканда биринчи конференцияны алып баруучу кишиге, анан президиумда олтургандарга жана залда олтургандарга ийилип салам берип докладын баштады. Биз болсо шыр эле докладга кирип кетчүбүз. Ошондо ушул кишинин маданияттуулугун сездим.

Экинчи жолу Сатынды Кожокматовду 1975 жылы Фрунзедеги биздин коллективге келгенден кийин көрүп жакшылап таанышпыз. Ал адегенде Республикалык клиникалык ооруканага жөнөкөй эле врач болуп келип, халатынын жеңин чыканагына чейин түрүп алып (профессор болгондо да жаштарга айтып калуучу эле: "Халатыңардын жеңин чыканакка чейин түрүп иштегиле" деп) операцияларды, гипс таңмаларды өз колу менен жасап элге таанылган. Бир жолу дежур врачтын доктугунан бир жумадан ашык үйүнө барбай калганын айтып калуучу. Ошентип бөлүм башчылыгына, ассистентке, доцентке чейин эмгеги менен жетти.

Сатынды Кожокматовичтин адамга жакырлык жактары көп эле, өзүнөн кичүүлөрдү да "сиз" деп сүйлөөр эле, кишинин ичи-сыртын жакшы баамдап койчу, бардык адамдарга бирдей мамиле жасоочу.Ошондуктан элдин көз сыйында жүрчү.

Мен 1975-80 жылдары бүткүл союздук травматолог-ортопеддердин мүчөсү болуп жүргөн кезде Сатынды Кожокматович менен СССРдин көп шаарларында илимий конференцияларда чогуу жүрдүк. Бир жолу Куйбышев шаарында конференциядан кийин ресторанда олтурсак бир орус жигит келип, "Кожокматов ким?" деп сурап калды. Анан Кожокматов "мен" деп жооп берди. Экөөбүздү "жүрүңүздөр" деп үйүнө алып кетти. Ал жигит Куйбышев шаарынын бир районунда санэпидстанциянын башкы врачы экен, Сатынды Кожокматовичтин күйөө баласы экен. Себеби, Сатынды Кожокматович Сүлүктү шаарында иштеп жүргөндө Россиядан жаңы бүтүп келген жаш орус кызды үйүнө тургузуп, калкалап алышкан экен. Сатынды Кожокматович аны карындашым деп койчу. Эки күн коноктоп, шаарды көрсөтүп, анан самолетко олтургузуп учуруп жиберишти.

Анан бир жолу Сатынды Кожокматович экөөбүз Минск шаарында бүткүл Россиялык съездинде түшкү тыныгууда ары бери басып жүрсөк бир жерге Орто Азиянын окумуштуулары топтолуп калыптыр: Макажанов, Хабижанов, Сегизбаев, Шаматов, Абдулгапаров, Шакиров жана башкалар. Анан профессор Макажанов бизге кайрылып "силер кайдан болосунар?" деп сурады. Биз Фрунзеден экенибизди айттык. Анда ал " Силердин өзүңөрдөн чыккан профессоруңар жок, башка жактан келгендер бири келип, бири кете берет, ошондуктан куржунду көтөрүп үйдөн чыгып кетиш керек окууга, антпесеңер болбойт" деп айтты. Сатынды Кожокматович экөөбүз бири-бирибизди карап эмне дээрибизди билбей калдык. Ошондуктан болсо керек, Сатынды Кожокматович терең ойго батып, акырында травматология жана ортопедия боюнча кыргыз улутунан чыккан биринчи илимдин доктору жана профессору болду, илимдин докторлорун , кандидаттарын чыгарды.Дагы көп нерселерди жасамак, айла жок экен, арабыздан каардуу ажал алып кетти.

Жаткан жери жайлуу болсун, топурагы торко болсун!

Кожокматов Сатындыга

Абдулазиз Мурзаев,
Эмгек ветераны, Баткен облусу, Сүлүкту ш., Т.Ибрагимов көчөсү, 73, 10.10.2003г.

Ассалоому алейкум
Кожокматов Сатынды
Сүлүктү, Лейлек элдери
Унутушпайт эч качан
Сатынды деген атыңды

Акыл, сезим күчүңдү
Аябастан эл-журтка
Берип кеткен экенсиң
Буюрганын насиптин
Терип кеткен экенсиң

Кызматың менен Эл-журтка
Жагып кеткен экенсиң
Бакыт менен таалайды
Таап кеткен экенсиң

Калайык-калк, Эл журтка
Кызмат кылып кеткенсиң
Кулундай жаш кезинде
Кырчындай жигит экенсиң

Эр-азамат Сатынды
Эл атынан ырдадым
Дарт көрбөсүн колуңуз
Колдоп жүрсүн кудайым

Шахтыда буту сынганда
Карагансың абамды
Узун өмүр сүргүн деп
Берейин мен батамды

Жетимиш жаштын кырынан
Өтүп калган кезегим
Элестетип көзүмө
Дайым сени эстеймин

Сендей жигит дүйнөгө
Анда-санда бир келет.
Сенин кылган кызматыңды
Сүлүктү, Лейлек эл билет.

С.Кожокматовдун жетекчилигинде адис врачтардын бригадасы Лейлек жергесинде.

Сүлүктү, Лейлек жериме
Жаш кезинде келгенсиң
Улуу, кичүү инсанга
Көп жардамың бергенсиң
Кары-картаң, жаштарды
Өлүмдөн алып калгансың

Окуп иштеп күнү-түнү
Кандидат наук болгонсуң
Он беш мүнөт ичинде
Сыныктарды Сатынды
Оңдоп-түзөп койгонсуң

Хирургия башчысы
Орус кызы Левина
Ошондон таалим алгансың
Докторлуктун китебин
Окуп, окуп көп иштеп
Кандидат наук болгонсуң

Ушул жазган ырыбыз
Сизге кубат дем болсун
Окуп, ырдап коюңуз
Бала-чака жар менен
Аман-Эсен болуңуз

рачтардын

Урматтуу жигит Сатынды
Улукман жолун жолдопсуз
Улук зат өзү бир кудай
Сатынды сизди колдосун

Үстүнө кийген халатын
Апапак шайы жибектен
Айлансак болот Сатынды
Азамат сиздей жигиттен

Калем кагаз колго алып
Кагазга жазып түшүрдүм
Ушул кагаз бетине
Ушинтип жаздым сиз үчүн

Уйкаштырып ыр жаздым
Кара сөздүн ордуна
Тийсин дедим ушул кат
Сатындынын колуна

Көкүрөктөн чыккан ыр
Көк сыя менен жазылды
Кыйналып жатып бут ооруп
Көз жашым ылдай агылды

Бутум ооруп кышында
Бир жанымды кыйнады
Күнү-түнү түйшөлтүп
Бул оору буттан чыкпады

Ыйлап алам түндөсү
Сатындыга жетсем деп
Бир кудайдан тилеймин
Ошондон шыпаа тапсам деп

Ызгаар суук чилде экен
Бара албадым Бишкекке
Жер узагы курусун,
Жетер бекем мен сизге

Келерки кышты көп ойлоп,
Кайра бутум сыздады
Баралбайсыз Ата деп,
Бактыгүл кызым ыйлады.

Бут оорусу курусун,
Бул дүйнөдөн түнүлдүм.
Келсин деп кабар берипсиң,
Кабарын угуп сүйүндүм

Барып калсам Бишкекке
Табар бекем мен сизди
Жетеле деп колумдан,
Шарапат деген кызымды

Эм тапсам деп мен сизден
Ыкылас кылып барармын
Жетип алсам Бишкекке,
Сизден шыпаа табармын

Левина деген хирургдан
Тарбия таалим алгансың.
Тайлактай жап-жаш бала элең
Такшалып кийин калгансың

Кудай берген өзүңдү,
Карапайым кыргызга
Сарп кылып келе жатасың
Бардык сезим күчүңдү
Коп оорулуу инсандан
алкышымды айтайын
Жараткан сизди кудайга

Ак пейилдуу ак көңүл
Ак жолтой жигит экенсиз
Алланын тийип назары
Ушундай болгон бекенсиз
Акыл эстүү, сезимдүү
Дилгир жигит экенсиз.

Кара мүртөз кек куубас,
Кең пейилдүү экенсиз,
Калкыбыздын бактына
Сүлүктүдөн барганга
Жардам берет экенсиз

Узун өмүр ден-соолук,
Улук зат жалгыз кудайдан.
Ушуну сизге тилеймин
Беш убак окуп намазым
Дуба кылып жүрөйүн

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕЙРОЛЕПТАНАЛЬГЕЗИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ

Сейталиева З.К., Бошкоев Ж.Б., Джумабеков С.А.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К.Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика, Научно-исследовательский центр травматологи и ортопедии г. Бишкек. Ожоговое отделение.

Резюме. Цель нашего исследования: Изучение течения нейролептанальгезии и постнаркозного периода для выявления осложнений. Было обследовано 105 больных с тяжелыми термическими поражениями, у которых проведено 127 операций под нейролептанальгезией, в ожоговом отделении Научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики (г. Бишкек) за период с 2004 - 2008 гг. Анализ наблюдений показал, что не было осложнений, связанных с применением метода, которые привели к гибели больных во время обезболивания или после него.
Ключевые слова: ожоговая травма, нейролептанальгезия, осложнения.

КҮЙҮК ЖАРАКАТЫНА КАБЫЛГАН ООРУЛУУЛАРГА НЕЙРОЛЕПТАНАЛЬГЕЗИЯ ӨТКӨРҮҮДӨН КАБЫЛДАП КЕТИШИ

Сейталиева З.К., Бошкоев Ж.Б., Жумабеков С.А.
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы Кыргыз Республикасы, Бишкек шаары, Бишкек шаарындагы Травматология жана ортопедия илим-изилдөө борбору. Күйүк бөлүмү.

Кыскача маалымат. Биздин изилдөөбүздүн максаты: кабылдап кетүүнү аныкташ үчүн нейролептанальгезия убагындагы жана наркоздон кийинки учурду изилдөө. Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин алдындагы Травматология жана ортопедия илим-изилдөө борборунун күйүк бөлүмүндө 2004-2008-жылдар аралыгында 127 оорулууга нейролептанальгезия боюнча операция жүргүзүлгөн. Алардын ичинен оор термикалык бузулууга чалдыккан 105 оорулууга изилдөө жүргүзүлдү. Бул ыкманы колдонуу ооруксуздандыруу убагында же андан кийин оорулууларды өлүмгө алып келбестигин жүргүзүлгөн анализ көрсөттү.
Негизги сөздөр: күйүк жаракаты, нейролептанальгезия, кабылдап кетүү.

COMPLICATIONS DURING CARRYING OUT NEUROLEPTANALGESIA IN PATIENTS WITH BURNING TRAUMA

Seitalieva Z. K., Boshkoev Dj. B., Djumabekov S.A.
The I. K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic Scientific research center of traumatology and orthopedy. Bishkek. Burning department

Resume. The aim of our research: Study of neuroleptanalgesia course and postnarcosis period for revealing complications. 105 patients with severe thermal lesions were examined, who had 127 operations under neuroleptanalgesia at the burning department of Bishkek scientific research center of traumatology and orthopedy for the period from 2004-2008. Analysis of observations showed, that there were no complications connected with using of the method which lead to the death of the patients during anaesthetization or after it.
Key words: burning trauma, neuroleptanalgesia, complications.

Введение. При глубоких термических ожогах многократные хирургические вмешательства и травматичные манипуляции требуют проведения общего обезболивания, особенность которого состоит в том, что оно выполняется на неблагоприятном фоне нарушений функций органов кровообращения и дыхания, изменений обменных процессов [6,7,8]. В связи с этим при течении обожженных особые требования предъявляются к анестетикам и методам обезболивания. Однако, данные литературы, имеющей отношение к обсуждаемому вопросу, свидетельствуют о том, что проблема выбора оптимального метода обезболивания и подбора анестетиков еще далека от своего разрешения [1,5].

Имеющие в настоящее время распространение в клинической практике вещества для общего обезболивания обладают рядом отрицательных побочных влияний на сердечно-сосудистую систему и паренхиматозные органы, что ограничивает их применение в лечении больных с термическими ожогами. В то же время изучение литературы о применении нейролептанальгезии в хирургической практике показывает, что препараты НЛА практически не оказывают отрицательного влияния на организм и наряду с этим обладают выраженными анальгетическими свойствами [2,4].

В имеющихся сообщениях подчеркивается опасность и частота осложнений, возникающих у обожженных при проведении общего обезболивания [5]. Л.Б.Розин и Л.И.Митропольская при проведении 2840 наркозов наблюдали 205 осложнений. Среди них у 53 обожженных отмечена сердечно-сосудистая недостаточность и операционный шок, у 27 - ларингоспазм и у восьми - бронхоспазм. Во время операции у 11 пострадавших была остановка сердца. В послеоперационном периоде у 20 обожженных - гепатит [10].

Для возможности использования нейролептанальгезии в практической комбустиологии, мы провели анализ осложнений, встречающихся при проведении нейролептанальгезии у больных с ожоговой травмой.

Цель исследования: Изучение течения нейролептанальгезии и постнаркозного периода для выявления осложнений.

Материалы и методы. Нами было обследовано 105 больных с тяжелыми термическими поражениями, у которых было проведено 127 операций под нейролептанальгезией, в ожоговом отделении Научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики (г. Бишкек) за период с 2004 - 2008 гг.

Результаты и их обсуждения. Сведения о наблюдавшихся нами осложнениях при проведении нейролептанальгезии у обожженных представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Частота осложнений у ожоговых больных, оперированных под нейролептанальгезией.

Осложнения	Всего	Эндотрахеальный	Спонтанное дыхание
Гипотония	2	2	-
Начинающийся отек гортани	2	2	-
Экстрапирамидные нарушения	2	2	-
Остановка сердца	-	-	-
Рвота	1	1	-
Гипоксия	1	-	1
Итого:	9	8	1

Экстрапирамидные нарушения у двух и рвота у одного обожженного ребенка были в период отработки методики. Эти осложнения явились результатом введения больших доз дроперидола и фентанила. В последующем, когда мы стали применять у детей дозы дроперидола 0,2 мг/кг, а фентанила 0,005 мг/кг, ни в одном случае не отмечали подобных осложнений. Частыми осложнениями, возникающими непосредственно после эндотрахеального наркоза, являются изменения верхних дыхательных путей [6,7]. В наших наблюдениях мы отметили начинающийся отек гортани у двух детей, который был быстро купирован консервативной терапией. По нашему мнению, эти осложнения явились следствием травматичной интубации, проводимой в положении на боку.

У двух пострадавших систолическое артериальное давление снизилось до 80-90 мм рт.ст. Это были больные с глубокими обширными поражениями в тяжелом состоянии с зарегистрированной до операции гиповолемии. Артериальное давление у них стабилизировалось после трансфузии крови и кровезаменителей.

После операции под НЛА с сохраненным спонтанным дыханием артериальное давление сохранялось стабильным и не отличалось от исходных данных. Непосредственно после операции число сердечных сокращений было в пределах 99,2±4,6 удара в минуту. У двух пострадавших в этот период отмечены резкие колебания пульса. Так, у одной больной частота сердечных сокращений была 150 в минуту, а во втором наблюдении ритм урежался до 54 ударов в минуту. Выраженную синусовую тахикардию после операции мы объясняем эмоциональным напряжением. Во втором случае мы склонны считать, что брадикардия была вызвана холинэргическим действием фентанила. В этих наблюдениях не применялась специальная медикаментозная терапия, так как изменения были кратковременными.

Непосредственно после операции на электрокардиограмме (рис. 1) регистрировалось незначительное учащение сердечного ритма до 112,0±1,9 ударов в минуту (изменения статистически не достоверны). Достоверная динамика установлена со стороны зубца Т. Так выявлено статистически значимое снижение его амплитуды во втором стандартном отведении - 1,6±0,1 мм ($p<0,001$). В пользу некоронарогенного механизма изменений зубца Т говорит отсутствие его гипоксической конфигурации. Сегмент S-T находился на изоэлектрической линии. Со стороны других показателей ЭКГ изменений не было.

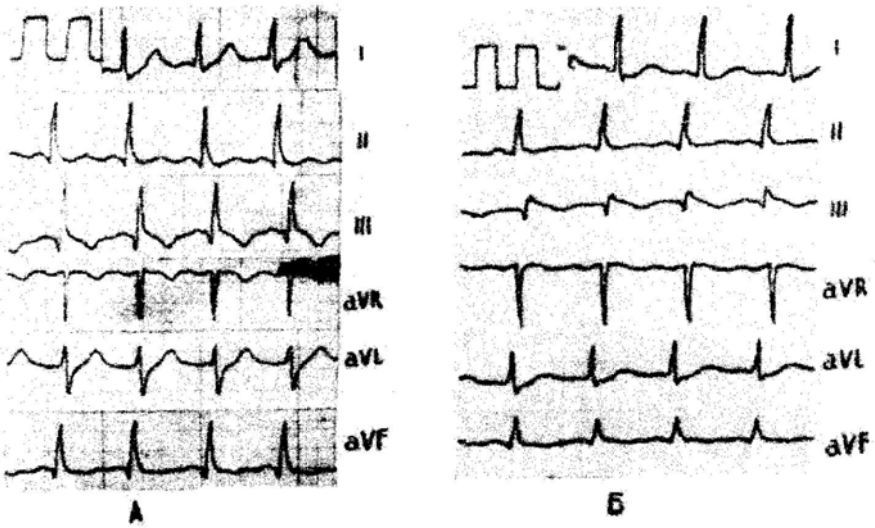


Рис. 1. Электрокардиограмма больной У. (история болезни № 906) после операции. Объяснения в тексте.
А - фон;
Б - после операции.

В сообщениях многих авторов обращает на себя внимание значительное увеличение остаточного сердца у обожженных по сравнению с другими контингентами хирургических больных [1]. У тяжелообожженных снижение общей реактивности организма создает фон, на котором отрицательное действие анестетиков или операции могут привести к остановке сердечной деятельности.

Мы в своей практике не наблюдали случаев остановки сердца во время операции под нейролептанальгезией.

Выводы. Подводя итог изложенному, можно констатировать, что в послеоперационном периоде обожженные быстро возвращались в нормальное состояние. В ближайшем послеоперационном периоде не выявлено отрицательного влияния препаратов НЛА на гемодинамику у обожженных. Анализ результатов показал, что не было осложнений, связанных с применением метода, которые привели к гибели больных во время обезболивания или после него, хотя в числе пострадавших были больные, подвергавшиеся операции в крайне тяжелом состоянии. Незначительное количество осложнений свидетельствует об известных преимуществах нейролептанальгезии перед другими видами обезболивания.

Литература.

1. Азолов В.В., Пономарев Н.А., Беляков В.А. Анализ основных результатов научных исследований по проблеме ожоговой болезни. В кн.: Актуальные вопросы патогенеза, клиники и лечения ожоговой болезни. Горький, 1990, 3-80.

2. Аврушкий М.Я. Послеоперационный период и нейролептанальгезия. В кн.: Проблемы анестезии и реанимации, Тбилиси, 1978, 88-89.

3. Азолов В.В. Эпидемиология ожогов и состояние помощи пострадавшим в России / В.В. Азолов, М.М. Попова, В.А. Жеголов. и др. // Комбустиология. - 2004. - 27-29.

4. Ветохина Т. Н. Особенности клинических проявлений и течения экстрапирамидных синдромов, вызванных приемом нейролептиков. Автореферат дис.к.м.н. Москва, 2006, 24.

5. Зубков В. В. Неблагоприятные реакции лекарственных средств. Качественная клиническая практика. - 2001. - № 1. - С. 52 - 60.

6. Клигуненко Е.Н., Лещев Д.П., Слесаренко С.В., и др. Интенсивная терапия ожоговой болезни. М.: МЕДпресс-информ, 2005, 144.

7. Козинец Г.П., Слесаренко С.В., Радзиховский А.П., Повстяной Н.Е., Шейман Б.С. Ожоговая интоксикация. Патогенез, клиника, принципы лечения. М.: МЕДпресс-информ, 2005, 184.

8. Козинец Г.П., Дранко И.В. Изменение центральной и периферической гемодинамики при трансфузионном лечении больных в острых стадиях ожоговой болезни. Клин.хир. 1993, 3, 4-9.

9. Розин Л.Б., Митропольская Л.И. Осложнения наркоза при оперативном лечении обожженных. В кн.: Труды X научн.конф.хир.ЭССР. Талин, 1988, 232-235.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ

Ходжаева О., Абдыкаирова Н., Аттокурова Р.М., Сатаров Н.А., Шаршеналиева Г.К.

Резюме: Изучены показатели качества жизни (КЖ) у 37 больных (от 19 до 65 лет), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в активной фазе с применением опросника SF-36. Контрольная группа представлена 31 респондентами. При сравнительной оценке КЖ у больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в активной фазе не было выявлено различий показателей физического функционирования (ФФ) и ролевого физического функционирования (РФФ) у больных с ЯБЖ и ДПК. Но показатели КЖ: телесная боль (Б) и общее здоровье (ОЗ) у больных с ЯБДПК были значительно ниже, чем у контрольной группы и у больных ЯБЖ. Показатели жизнеспособности (Ж) и ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) у больных ЯБДПК были выше чем у ЯБЖ. Таким образом, показатели физического здоровья у больных ЯБЖ значительно выше, чем у больных ЯБДПК, а показатели психического здоровья (ПЗ) у больных ЯБДПК выше, нежели у больных ЯБЖ.

Ключевые слова: язвенная болезнь, желудок, двенадцатиперстная кишка, качество жизни.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH GASTRIC AND DUODENAL ULCER

Hodjaeva O., Abdykairova N., Attokurova R.M, Satarov N.A., Sharshenalieva G.K.

Resume. Quality of life (QOL) in 37 patients with gastric and duodenal ulcer and influence o localization of the ulcer to QOL was studied using questionnaire SF-36. Results have shown, tha parameters of QOL in patients with ulcer severe impaired in relatively of control group. Significan role of localization in QOL was revealed. In duodenal ulcer following indicators such as Bodil Pain and General Health much more impaired than in patients with gastric ulcer and control group These indicators of QOL such as Vitality, Role Emotional Functioning were impaired more i patient with gastric ulcer. Following indicators such as Physical Functioning and Role Physica Functioning were impaired evenly in patients with both locations of ulcer in comparison with contr group. SF36 is the questionnaire which can be used for assessment of QOL in patient with gastri and duodenal ulcer.

Key words: ulcer, gastric, duodenal, quality of life.

АШКАЗАН ЖАНА ОН ЭКИ ЭЛИ ИЧЕГИ ЖАРА ООРУСУ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН ЖАШОО САПАТЫ.

Ходжаева О., Абдыкаирова Н., Аттокурова Р.М., Сатаров Н.А., Шаршеналиева Г.К.

Корутунду: Изилдөөдө 37 ашказан жана он эки эли ичеги жара оорусу менен ооруган жаштан 65 жашка чейинки бейтаптардын жашоо сапаты SF-36 лицензиялык сурамжылоо аркылуу изилдөөгө алынды. Текшерүү группасын 31 респондентер түзгөн. Натыйжада, ашказан жара оорусу менен он эки эли ичегиси жара оорусу менен ооруган бейтаптардын жашоо шартын салыштырганда: ФФ жана РФФ көрсөткүчтөрүндө көп өзгөрүүлөр байкалган эмес; Б жана ОЗ көрсөткүчтөрү он эки эли ичегиси менен ооруган бейтаптарда текшерүү жана ашказан жара оорусу менен ооругандарга салыштырмалуу төмөн болуп чыкты, а эми Ж, РЭФ көрсөткүчтөрү ашказан жара оорусу менен ооругандарда жогору.

Ачкыч сөздөр: жара оорусу, ашказан, он эки эли ичеги, жашоо сапаты.

Актуальность исследования. Согласно современным представлениям ЯБ относится к социально-значимым заболеваниям, потому что при регулярных обострениях больной утрачивает способность к полноценной работе, связанной с болью, диспепсией, снижением физического, психологического и социального благополучия больного. Исходя из вышеуказанного качество жизни больного с ЯБ также ухудшается (3). Актуальность обсуждения современного состояния проблемы язвенной болезни обусловлена широкой распространенностью ее среди взрослого населения и в разных странах мира составляет от 5 до 15%.

Язвы 12-перстной кишки встречаются в 4 раза чаще, чем язвы желудка. Среди больных с язвами 12-перстной кишки мужчин больше, чем женщин (1, 2, 5, 10, 12, 14). Язвенная болезнь желудка(ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной гастроэнтерологии и хирургии, так как имеется рост острых осложнений - желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) и перфорация , что требует оказания неотложной помощи. (1, 2, 10, 11, 12, 13, 15).

По данным Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ), в Кыргызской Республике период с 1995 по 2004 гг. количество плановых операций по поводу ЯБ уменьшилось от 5,2-4,5 до 2,8 - 3,0 % , а количество экстренных хирургических вмешательств при перфорации и кровотечении возросло, что составляет от 5,3 до 7,1% общего числа больных

Клинические проявления язвенной болезни ухудшают показатели качества жизни и снижают трудоспособность больного.

По определению Межнационального центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, Санкт-Петербург), КЖ - это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии (5, 6, 7, 8, 9).

Изучения исследователями качества жизни у больных язвенной болезнью выявили снижение его показателей по большинству шкал опросника SF-36 по сравнению со здоровыми людьми: уменьшение физической и социальной активности, понижение субъективной оценки эмоционального состояния, настроения и, в целом, общего состояния здоровья [6].

В Кыргызстане КЖ у больных язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки в активной фазе изучена в виде предварительной оценки у 22 амбулаторных и 30 стационарных больных с использованием общего опросника здоровья SF-36 и специального опросника оценки качества жизни - шкала оценки гастроэнтерологических симптомов (Gastrointestinal Symptom Rating Scale - GSRS). Из параметров качества жизни изучены: минимальный объем выборки по полу и возрасту, социальная характеристика по степени трудовой занятости и уровню образования, семейному статусу, материальным и жилищным условиям, выраженность абдоминально-болевого синдрома и диспепсии. При клинической оценке состояния здоровья больных язвенной болезнью выявлено, что у больных ЯБ в активной фазе показатели качества жизни низкие, утрачивается способность к полноценной работе, которые связаны с проявлениями абдоминально-болевого синдрома, диспепсией, а также и неблагополучными социальными факторами. Влияние образования, материально-жилищных условий, семейного статуса на параметры качества жизни требуют уточнения (3).

Цель исследования. Целью исследования явилась сравнительная оценка качества жизни у больных язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки в активной фазе .

Материалы и методы. Объектом исследования явились 37 взрослых жителей различных регионов КР в возрасте от 19 до 65 лет (средний возраст составил 43,9±15,52 лет), страдающих ЯБЖ и ДПК. Среди них было 26 (70%) мужчин и 11 (30%) женщин. Длительность заболевания ЯБ составила от 2 до 15 лет, из них впервые выявлено у 9 больных (24%). В 19% случаев язва локализовалась в желудке, у 48,6%- в ДПК, и в 32,4% случаев имела место двойная локализация. Из них стационарных больных - 27, амбулаторных больных- 10. Диагноз язвенной болезни был подтвержден общеклиническими обследованиями и эзофагогастродуоденоскопией (ЭГДС). Контрольная группа представлена 31 респондентами старше 19 лет г.

Бишкек.

Для изучения показателей качества жизни нами применен опросник SF-36 (Medical Outcomes Study - Short Form). 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), телесная боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) и психическое здоровье (ПЗ) (5, 6).

Кроме того, нами были изучены выраженность гастроэнтерологических симптомов: абдоминально - болевой и диспепсические синдромы.

Статистическая обработка материала проведено с использованием статистической программы Excel 5.0. Результаты считались достоверными при уровне $p<0,05$.

Результаты исследования. У пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки отмечалось значительное снижение показателей КЖ по всем шкалам опросника SF-36 (Таб. 1). Снижения в показателях КЖ связаны как с физическим, так и психологическим функционированием.

Средние значения показателей КЖ больных ЯБЖ и ЯБДПК для 8 шкал опросника SF-36 колеблются от 33,00±38,68 (шкала РФФ) до 63,20±27,50 (шкала ФФ) (см.таблицу 1).

Таблица 1.

Средние значения показателей качества жизни больных язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки и контрольной группы

Шкалы опросника SF-36	Больные (n=25)	Стандартное отклонение	Контрольная группа (n=26)	Стандартное отклонение	p
ФФ	63,20	27,50	88,71	20,57	p<0,05
РФФ	33,00	38,68	62,10	43,72	p<0,05
Б	48,08	23,71	77,77	22,84	p<0,05
ОЗ	47,86	19,15	67,68	19,02	p<0,05
Ж	51,20	23,20	68,71	19,53	p<0,05
СФ	59,50	20,50	77,59	21,58	p<0,05
РЭФ	38,67	47,80	64,52	39,38	p<0,05
ПЗ	57,52	20,50	73,16	17,20	p<0,05

Показатели КЖ больных в сравнении с контрольной группой оказались снижены в среднем на 31,66%, и варьируют от 21,38% (ПЗ) до 46,86% (РФФ). Наибольшее снижение показателей КЖ у больных с ЯБЖ и ДПК выявлены по шкалам РФФ (на 46,86%), РЭФ (на 40,07%), боли (на 38,18%) и общего здоровья (на 29,28%).

При исследовании связи показателей КЖ с локализацией язвенного дефекта было установлено, что показатели КЖ при дуоденальной локализации были снижены по всем параметрам особенно по таким параметрам как Б, ОЗ. По таким параметрам КЖ как РФФ, Ж и РЭФ показатели КЖ были выше при желудочной локализации язвы ($p>0,05$). Показатели КЖ больных с ЯБ сочетанной локализации не были взяты на обработку, поскольку по количеству не могли удовлетворить репрезентативность. Данные представлены в таблице 2 и рисунке 1.

ала прове-
еской про-
ись досто-

ациентов с
стной киш-
ние показа-
SF-36 (Таб.
изаны как с
и функцио-

Ж больных
а SF-36 ко-
и РФФ) до
ту 1).

Таблица 1.

удка и 12

р
p<0,05
p<0,05
p<0,05
p<0,05
p<0,05
p<0,05
p<0,05
p<0,05

параметрам.
ак Б, ОЗ. По
и РЭФ пока-
нной локали-
Ж больных с
ли взяты на
тву не могли
сть. Данные
ке 1.

Таблица 2.

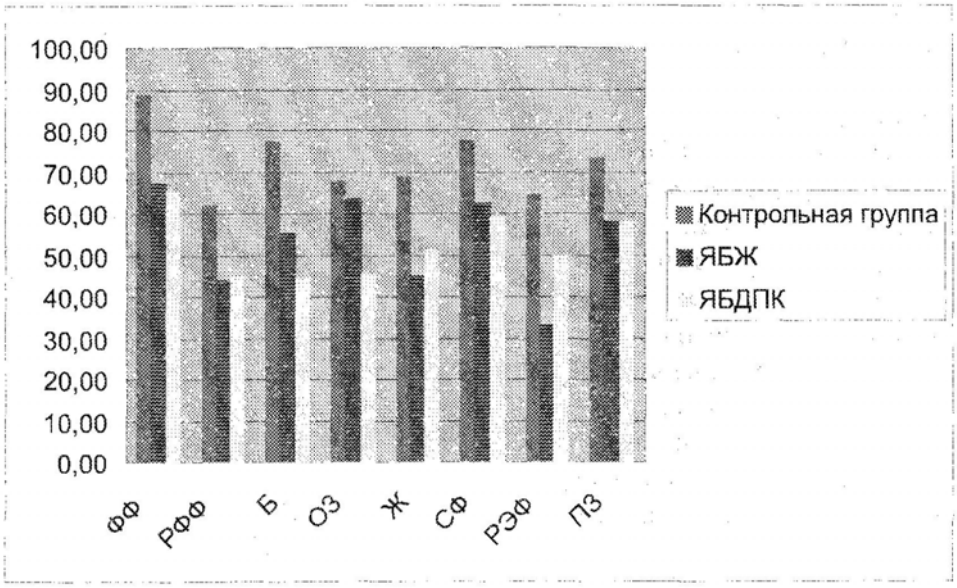
Средние значения показателей качества жизни больных ЯБЖ и ДПК в зависимости от локализации относительно контрольной группы.

	Контрольная группа	Стандартное отклонение	ЯБЖ	Стандартное отклонение	ЯБДПК	Стандартное отклонение
ФФ	88,71	20,57	67,50	23,98	65,36	27,14
РФФ	62,10	43,72	43,75	51,54	44,64	38,20
Б	77,77	22,84	55,00	22,72	44,21	22,92
ОЗ	67,68	19,02	63,50	22,87	45,14	14,61
Ж	68,71	19,53	45,00	24,15	51,07	22,63
СФ	77,59	21,58	62,50	17,68	58,93	15,05
РЭФ	64,52	39,38	33,33	47,14	50,00	51,89
ПЗ	73,16	17,20	58,00	20,26	57,86	19,60

Снижение КЖ у больных с ЯБЖ и ДПК при анализе вопросов опросника SF-36 было обусловлено затруднениями в выполнении умеренных и тяжелых нагрузок, ходьбе на различные дистанции. Они также оценивали свое здоровье как плохое и считали себя более склонными к болезням. Кроме этого, большинство из них отметили, что пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела. Таким образом, снижение КЖ при ЯБЖ и ДПК было связано, в наибольшей степени, со снижением переносимости физических нагрузок и нестабильности эмоциональной сферы (см.рисунок 1).

Рис. 1.

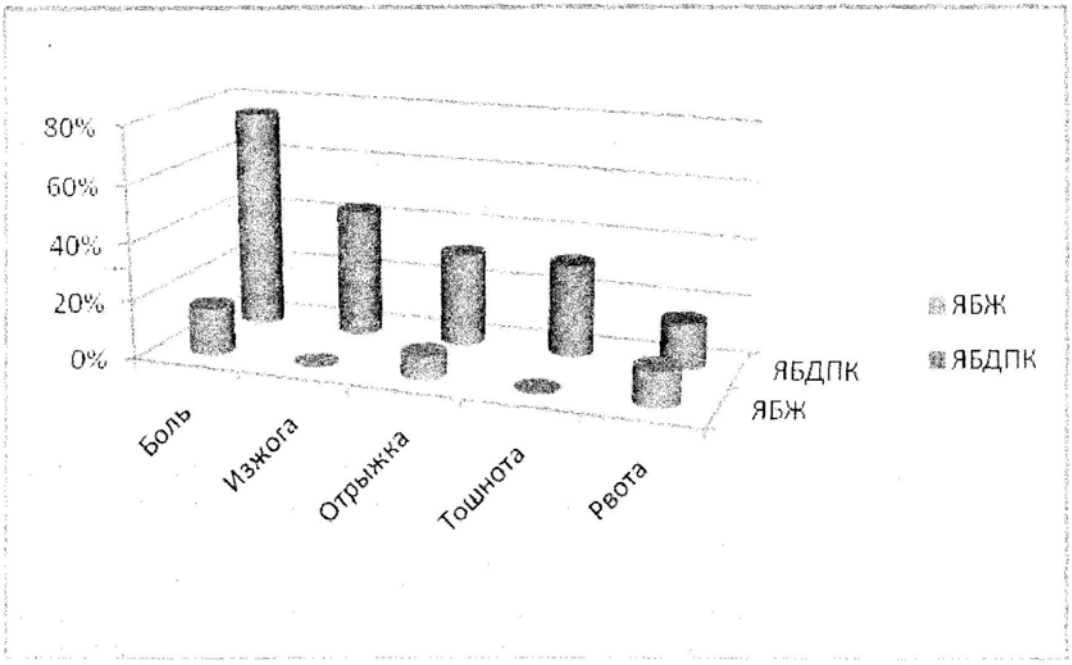
Средние значения показателей качества жизни больных язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки и контрольной группы



При анализе выраженности гастроэнтерологических симптомов больных ЯБДПК выявлены абдоминально болевой синдром у 76% больных, преимущественно ночные голодные боли; диспепсический синдром, проявляющийся в виде изжоги 44%, отрыжки и тошноты у 32%, и рвоты у 25% больных. Такие же симптомы отмечались у больных ЯБЖ, где менее выражены болевой синдром - у 16% больных и диспепсический синдром: отрыжка - у 8%, рвота - у 12%. Причем больные с ЯБ отмечают рвоту кофейной гущей, что свидетельствует о частой встречаемости такого осложнения как желудочные кровотечения. Данные анализа гастроэнтерологических симптомов представлены на рис. 2.

Рис. 2.

Частота гастроэнтерологических симптомов у больных с ЯБЖ и ЯБДПК



Заключение

Исходя из результатов исследования, показатели качества жизни пациентов с ЯБЖ и ДПК существенно снижены по сравнению с лицами, входящими в контрольную группу по всем шкалам опросника КЖ SF-36. Выявлено влияние локализации язвы на показатели КЖ при ЯБЖ и ДПК. Таким образом, показатели физического здоровья как Б и ОЗ у больных ЯБЖ значительно выше, чем у больных ЯБДПК. И наоборот, показатели ПЗ как Ж и РЭФ у больных ЯБДПК выше, нежели у больных ЯБЖ. Показатели абдоминально - болевого и диспепсического синдромов наиболее выражены у больных ЯБДПК. Результаты исследования качества жизни у больных с ЯБЖ и ДПК совпадают с данными других исследований. Опросник SF-36 является информативным, охватывает все параметры качества жизни и может быть использован для оценки качества жизни у больных ЯБЖ и ДПК.

Литература

1. Клиническое руководство по диагностике и лечению неосложненной язвенной болезни в активной фазе на первичном уровне здравоохранения Кыргызской Республики. - Бишкек, 2010. - 64с.

2. Гастроэнтерология. Национальное руководство в рамках нац. программы "Здоровье". 2008г стр.247-249. Издательство "Гэотар-Медиа".

3. Матоморова Н.У., Иманкулова Ф.З., Мамырзаева Р.А., Аттокурова Р.М. Качество жизни у больных язвенной болезнью (предварительный анализ) Здравоохранение Кыргызстана, 1/2008; 172-177 с.

4. Молдобаева М.С., Аттокурова Р.М., Сулайманова Ч.Т. и др. Актуальные проблемы лечения язвенной болезни в Кыргызстане. Центрально-азиатский медицинский журнал 2008; 9-2; 56-58.

5. C. Martin , P. Marquis, S. Bonfils. A 'Quality of Life Questionnaire' Adapted to Duodenal Ulcer Therapeutic Trials, Scandinavian Journal of Gastroenterology, 1994, Vol. 29, No. s206, Pages 40-43.

6. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др.

ценка качества жизни больного в медицине. Клин мед 2000; 2: 10-13.

7. Колесникова И.Ю., Беляева Г.С. Качество жизни и вегетативный статус больных язвенной болезнью. Тер арх 2005; 2: 34-37.

8. Колесникова И.Ю., Беляева Г.С., Леонтьева Е.А. О соотношении между качеством жизни, комплаенсом пациентов и течением язвенной болезни. Клин мед 2005; 10: 33-36.

9. Бримкулов Н.Н., Сенкевич Н.Ю., Калиева А.Д. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни. Центрально-азиатский медицинский журнал 2005; 4-5: 236-241.

10. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология: Руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агентство.- 2004.- С. 70-148.

11. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и 12-перстной кишки.- М.: МЕР пресс-информ.- 2002.- С.8-168.

12. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: Рук. для практикующих врачей /В.Т.Ивашкин, Т.Л.Лапина и др.: Под общ. ред. В.Т.Ивашкина.- М.: Литтерра.- 2003.- С. 310-320.

13. Раппопорт С.И., Лядов К.В., Машковская И.К. Практическая гастроэнтерология: клиника, диагностика, лечение.- М.: ИР медпрактика.- М., 2005.- С. 17-21.

14. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология: Учебник для студентов медицинских вузов.- 3-е изд., перераб и доп.- М.: Медицинское информационное агентство.- 2007.- С. 184-222.

15. Эпидемиология язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.- Л.Б.Лазебник, М.Г.Гусейнадзе, И.Р.Ли, Л.И.Ефремов.- Тер.архив, 2007.- № 2.- С.12-15.

УСТРАНЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Р.А.Оморов, Ж.Т.Конурбаева, Р.К.Бейшенбаев, У.Мусаев, К.С.Жумадилов
Кыргызская Государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева, Городская клиническая больница № 1, г.Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены способы устранения нарушения проходимости желчных путей при холедохолитиазе, стриктурах холедоха и опухолях поджелудочной железы. Всего было 736 больных, в лечении использовано наружное дренирование, внутреннее дренирование и транспеченочное. Осложнения отмечены у 46 (6,25%) больных.
Ключевые слова: холедохолитиаз, стриктуры холедоха, рак поджелудочной железы, наружное, внутреннее и транспеченочное дренирование.

REMOVAL OF DISTURBANCE OF BILIFEROUS TRACTS PERMEABILITY IN PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE

R.A.Omorov, Zh.T.Konurbaeva, R.K.Beyshenbaev, U.Musaev, K.S.Zhumadilov

Summary: Methods of disturbance of biliferous tracts permeability in choledocholithiasis, strictures of choledoch and tumor of pancreatic gland are presented in this article. There were 736 patients. External, inside and transhepatic drainage were used in treatment of these patients. Complications were in 46 (6,25%) patients.
Key words: choledocholithiasis, strictures of choledoch, tumor of pancreatic gland, external, inside and transhepatic drainage.

Одним из тяжелых осложнений многих хронических заболеваний, особенно желчнокаменной болезни, является механическая желтуха, при которой в 80-90% имеет место и холангит [1,2,4], их лечение представляет значительные сложности. Здесь главным этапом является устранение нарушения проходимости желчевыводящих путей с последующим осуще-

ствлением комплекса медикаментозного лечения, направленного на коррекцию нарушенных функций и систем [3,6]. Чтобы дать отток желчи используется наружное дренирование холедоха, наложение билиодигестивных анастомозов, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, транспеченочное дренирование [5,7], но к каждому из них имеются свои показания.

Целью работы является оценка различных методов дренирования при механической желтухе.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 736 больных, оперированных в хирургических отделениях с 1995 по 2010 год по поводу заболеваний, осложненных механической желтухой, характер которых дан в таблице 1.

Таблица 1

Заболевания, осложненные механической желтухой

	Всего больных	
	абс.ч.	%
Желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз	440	59,8
Рецидив холедохолитиаза	118	16,0
Стриктура желчных путей		
из них:		
холедоха	162	13,7
высокие стриктуры	101	8,3
Опухоли поджелудочной железы	16	2,2
Всего	736	100,0

Возраст больных колебался от 25 до 80 лет, но большинство оперированных были в возрасте от 40 до 60 лет (78%). Женщин было , мужчин - . Наибольшую группу составили больные сжелчнокаменной болезнью, осложненной желтухой (440 больных - %), с рецидивом холедохолитиаза было 118 пациентов и со стриктурой желчных путей - 162. С опухолью поджелудочной железы, которым выполнены паллиативные операции, было 16 больных.

В обследовании больных помимо общеклинического обследования выполняли УЗИ, КТ и МРК - по показаниям. В момент операции осуществляли интраоперационную холангиографию, холедохоскопию, трансиллюминацию, чрескожную, чреспеченочную холангиографию, которую выполняли в день операции у больных со стриктурой желчных путей для определения уровня расположения стриктуры.

Результаты и их обсуждение. В результате выполненных исследований была определена патология, обусловившая механическую желтуху. Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. Мы стремились не затягивать сроки предоперационной подготовки и она занимала 2-4 дня. Типы выполненных операций даны в таблице 2.

При желчнокаменной болезни с холедохолитиазом у большинства использовали наружное дренирование, причем предпочтение отдавали дренированию по Керу, при котором большая часть желчи попадает в двенадцатиперстную кишку, что обеспечивает нормализацию пищеварения с первых дней после операции, однако у 12 больных вынуждены были осуществить холедоходуоденоанастомоз и у 18 - холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру. Билиодигестивные анастомозы выполняли при множественных, замазкообразных камнях холедоха. В момент операции обращали внимание на состояние двенадцатиперстной кишки, если обнаруживали явления дуоденостаза, то производили только холедохоеюноанастомоз и чаще на выключенной петле по Ру, при этой методике в послеоперационном периоде не возникает холангит.

Таблица 1

Методы восстановления проходимости желчных путей при механической желтухе

Заболевания		Всего больных	Методы x)									
			наружное дренирование	ХДА	ХЭА	ГДА	ГЭА	ГДА+ ТПФ	ГЕА+ ТПД	ГДА+ ДТПД	ГЕА+ ДТПД	ГЕА по Ру +ДТПД
Желчнокаменная болезнь + холедохолитиаз		440	410	12	18	-	-	-	-	-	-	-
Рецидив холедохолитиаза		118	12	62	44	-	-	-	-	-	-	-
Стриктура желчных путей:												
холедоха		101	-	-	-	39	60	2	-	-	-	-
высокая стриктура		61	-	-	-	-	-	10	-	16	15	20
Опухоль поджелудочной железы		16	-	10	6	-	-	-	-	-	-	-
Итого:	абс.ч.	736	422	84	68	39	60	12	-	16	15	20
	%	100,0	57,3	11,4	9,2	5,3	8,2	1,6	-	2,2		

x) ХДА - холедоходуоденоанастомоз; ХЕА - холедохоеюноанастомоз; ГДА - гепатикодуоденоанастомоз; ГЕА - гепатикоеюноанастомоз; ГДА+ТПД - гепатикодуоденоанастомоз+транспеченочное дренирование; ГЕА+ТПД - гепатикоеюноанастомоз+ транспеченочное дренирование; ГДА+ДТПД - гепатикодуоденоанастомоз+двойное транспеченочное дренирование; ГЕА+ДТПД - гепатикоеюноанастомоз+ двойное транспеченочное дренирование.

При рецидиве холедохолитиаза лишь у 12 больных мы ограничились наружным дренированием. Необходимо отметить, что при неоднократных операциях на желчных путях определенные трудности представляет выявление внепеченочных желчных путей. После рассечения спаек и выделения холедоха производили холедохотомию, удаляли конкременты, а затем осуществляли холангиографию и обязательно холедохоскопию. Несмотря на то, что холангиография является высокоинформативным методом, мы в 18 случаях при холедохоскопии обнаружили конкременты в дистальном отделе холедоха. С учетом состояния двенадцатиперстной кишки у 62 пациентов наложен был холедоходуоденоанастомоз, а у 44 - холедохоеюноанастомоз, причем у большинства на выключенной петле по Ру. Для профилактики повторного стенозирования накладывали широкие анастомозы.

Наиболее тяжелую группу составили больные со стриктурами внепеченочных желчных путей. Это, как правило, были больные с высоким уровнем билирубина, выраженными явлениями эндотоксикоза, холангита. В результате проведенного обследования стриктура холедоха была выявлена у 101 больного и высокая стриктура - у 61. Все они нуждались в оперативном лечении.

Рубцовые стриктуры холедоха имели место у 101 больного и протяженность рубцового процесса была более 1 см, поэтому произвести восстановительные операции было невозможно, поэтому были применены холедоходуодено- и холедохоеюноанастомоз. Анастомоз формировали шириной не менее 2 см с наложением однородных швов с использованием атравматических игл и инертными полихлорвиниловыми нитями. В конце операции для декомпрессии зоны анастомоза и борьбы с холангитом производили дренирование холедоха ниппельным дренажем. Это позволяло предотвратить осложнения в послеоперационном периоде.

Больных с высокими стриктурами было 61. Хирургическое лечение этих больных представляло определенные трудности, особенно во время операции в области ворот печени, что обусловлено близостью сосудистых образований, частым отсутствием свободных стенок печеночных протоков, их диаметра, не позволяющего формировать широкие билиодигестивные анастомозы с хорошей адаптацией оболочек. Кроме того, как правило, это тяжелые больные с наличием выраженных нарушений со стороны жизненно-важных органов, что существенно повышало риск оперативного вмешательства.

В начале работы мы применяли в основном гепатикодуоденоанастомоз на одном транспеченочном дренаже. Всего оперировано по данной методике 10 больных. Оценивая отдаленные результаты этой операции, мы встретились с таким осложнением как рефлюкс-холангит и у одной больной - синдром недренирующей доли которые неоднократно поступали на стационарное лечение, поэтому в дальнейшем мы при высоких стриктурах полностью отказались от этой методики, учитывая то, что регургитация содержимого из двенадцатиперстной кишки ведет к затруднению оттока желчи из протоков и поддерживает воспаление.

При последующих операциях стали использовать тощую кишку, т.е. создавать гепатикоеюноанастомоз с энтероэнтероанастомозом по Брауну. Преимуществом этой операции является формирование анастомоза достаточной ширины без натяжения швов и предупреждение кишечно-билиарного рефлюкса. Для профилактики синдрома недренирующей доли мы используем методику двойного транспеченочного дренирования. Эта операция была произведена 35 больным.

Больных с опухолью поджелудочной железы было 16, у которых радикальную операцию выполнить было невозможно, поэтому им были наложены билиодигестивные анастомозы.

Необходимо отметить, что послеоперационный период у больных с механической желтухой протекал тяжело и требовал индивидуального подхода к назначению детоксикационных и противовоспалительных средств. Из 736 больных осложнения имели место у 46 (6,25%).

Таким образом, наши многолетние наблюдения за больными с хирургическими заболеваниями, осложненные механической желтухой, показали, что в выборе метода ликвидации нарушения проходимости внепеченочных желчных путей необходим строго индивидуальный подход с учетом результатов комплексного обследования и состояния больных.

Цель исследования: дать сравнительную оценку методам ликвидации желчных свищей при эхинококкозе печени.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 318 больных эхинококкозом печени, осложненном желчными свищами, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 г. Бишкек, областной больницы г. Каракол, Ошской объединенной клинической больницы в период с 2005 по 2010 годы. Из 318 больныхМужчин было 163 (51,3%), женщин - 155 (48,7%), давность заболевания колебалась от 3 месяцев до 5 лет. Рецидивные кисты имели место у 39 больных (12,3%). У большинства были кисты больших размеров, осложненные нагноением (более 10 см в диаметре). У 36 больных был прорыв кист в желчные протоки (холедох или долевые протоки), а у остальных имели место внутрипеченочные цистобиллиарные свищи.

В обследовании больных, помимо общеклинических методов, применено УЗИ, исследование показателей функции печени и почек. В момент операции - интраоперационная холангиография.

Результаты и их обсуждение. Из 318 больных у 101 было осуществлено ушивание желчных свищей, это удавалось сравнительно легко при податливых, не утолщенных стенках фиброзной капсулы (табл.). Но эта методика оказалась малоприемлемой при перфорации кист в желчные протоки, когда ушивание могло привести к сужению желчных протоков.

Для ликвидации свищей холедоха или долевых желчных протоков одним из нас (А.И. Мусаев) была разработана методика с использованием лоскута париетальной брюшины с помощью цианокрилатного клея. Эта методика была применена у 18 больных со свищами холедоха и долевых протоков. Она оказалась довольно эффективной и была применена в дальнейшем для ликвидации мелких свищей. При пластике внепеченочных желчных свищей операцию всегда заканчивали интраоперационной холангиографией. Использование лоскута париетальной брюшины с цианокрилатным клеем применил М.С. Айтназаров для ликвидации желчных свищей при локализации кист в сегментах диафрагмальной локализации у 35 больных. Локализация кист в зоне VII-VIII сегментов с наличием желчных свищей очень трудна не только для ушивания желчных свищей, но очень трудно и ликвидировать полость фиброзной капсулы. Используя разработанную методику ликвидации свищей все же удалось добиться улучшения результатов. Этот метод был применен нами у 101 больного (31,8%).

Однако, по мере накопления клинического материала были выявлены и недостатки. Так, прежде чем фиксировать брюшину или прядь сальника, нужно тщательно осушить поверхность спиртом или эфиром, а это является дополнительной травмой для тканей, а потом только фиксировать брюшину или сальник. Кроме того, пленка из цианокрилатного клея трескается, отторгается. Шли поиски материала, чтобы он был доступен в цене и не боялся влажности. Нам был предложен клей "Sancon" китайского производства. Он обладает хорошими пластическими и бактериоцидными свойствами. Один из нас (Д.У.Молдоташев) выполнил исследования по применению клея "Sancon" для ликвидации полости фиброзной капсулы и желчных свищей и получил хоршие результаты. При применении клея "Sancon" не следует тщательно осушать поверхность спиртом или эфиром, при нанесении клея в течение 16-18 секунд образуется мягкая пленка, которая не трескается и не отторгается. Оказалось, что этим клеем можно также фиксировать лоскут брюшины или прядь сальника.

Помимо этих методов нами была применена методика, которую разработал также один из нас (Р.А.Хасанов) для ушивания бронхиальных свищей, но она оказалась пригодной и для ликвидации желчных свищей при эхинококкозе печени. Суть метода заключается в следующем: после вскрытия фиброзной капсулы, удаления хитиновой оболочки и обработки полости, отступя на 2-3 см. от устья желчного свища, параллельно друг-другу рассекается фиброзная капсула, затем накладывается первый ряд П-образных швов на свищ нерассасывающейся нитью атравматической иглой, иглу и нить проводим под рассеченной фиброзной капсулой захватом ткани печени вокруг свища. Второй ряд узловых швов - это захват обеих линий надреза фиброзной капсулы. Свищ закрывается очень герметично.

VIII сегмен-
чень трудна
свищей, но
сть фиброз-
анную мето-
удалось до-
от метод был
1,8%).
линического
остатки. Так.
ну или прядь
ить поверх-
является до-
ей. а потом
или сальник.
латного клея
ски материа-
е и не боялся
лей "Sancon"
дает хороши-
дными свой-
ашев) выпол-
клея "Sancon"
ой капсулы и
ние результа-
n" не следует
спиртом или
чение 16-18
а. которая не
лось, что этим
ь лоскут брю-

ыла примене-
также один из
бронхиальных
ной и для лик-
инококкозе пе-
в следующем:
улы, удаления
и полости, от-
ого свища, па-
тся фиброзная
вый ряд П-об-
вающейся ни-
ну и нить про-
ой капсулой с
свища. Второй
ейх линий над-
и закрывается

Таблица

Способы ликвидации желчных свищей при эхинококкозе печени

Способы ликвидации	Всего больных абс.число	%	Из них возникли осложнения
Простое ушивание- наложение кисетного шва, П-образного	101	31,8	2
Наша методика ушивания	24	7,5	-
Пластика свища цианокрилатным клеем	101	31,8	1
Пластика прядью сальника цианокрилатным клеем	42	13,2	1
Пластика свища лоскутом брюшины клеем «Sancon»	29	9,1	-
Пластика прядью сальника клеем «Sancon»	21	6,6	-
Всего	318	100,0	4(1,3%)

Эта методика была успешно применена у 24 больных с эхинококкозом печени, она выполнялась нами при плотной, неподатливой стенке полости фиброзной капсулы и в тех случаях, когда при ушивании свища был риск повреждения сосудов и желчных путей.

Анализ полученных результатов показал, что при индивидуальном подходе к выбору метода ликвидации желчных свищей осложнения типа формирования желчных свищей возникает не часто. На нашем материале они были отмечены у 4 больных, что составило 1,3% причем у трех больных они закрылись самостоятельно, а у одного была выполнена повторная операция.

Таким образом, наши исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Для успешной ликвидации желчных свищей холедоха или долевых протоков целесообразно использовать лоскут париетальной брюшины с ее фиксацией клеем "Sancon".

2. При внутрипеченочных цистобилиарных свищах при податливой капсуле и мелких свищах использовать простое ушивание, а при плотной капсуле и риске повреждения сосудов и желчных путей хорошие результаты дает разработанная нами методика.

Литература:

1. Агаев Р.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений // Хирургия.-2001.-№2.-С.5.
2. Мовчун А.А., Абдуллаев А.Т., Утенкалиев М.Р. Диагностика эхинококкоза печени с прорывом в желчные пути // Хирургия.-2001.-№1.-С.107-108.
3. Мусаев А.И. Способы ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени.- Бишкек: Учкун,1999.-154с.
4. Османов А.О. Осложненный эхинококкоз печени: Автореф.дисс. ...д-ра мед.наук. -М., 1997. -42с.
5. Хасанов Р.А. Способ ликвидации бронхиальных свищей при больших и гигантских формах эхинококкоза легких // Медицина (Казахстан). - 2009. -№8. -С.21-23.
6. Bocker K., Frieling T., Saleh A. Resolution of hydatid liver cyst by spontaneous rupture into the biliary tract //J. Hepatol.-1997.-Vol.26,#6.-P.1408-1412.
7. Ozmen V., Igci A., Kebuchi A. Surgical treatment of hepatic hydatiddisease // Canad. J. Sarg.-2002.-Vol.35, #4.-P.423-427.

СОБСТВЕННАЯ И ЗОНДОВАЯ ФЛУОРЕСЦЕНЦИЯ АТЕРОГЕННЫХ ЛИПОПРОТЕИНОВ СЫВОРОТКИ И АОРТЫ ЧЕЛОВЕКА

Айдыралиев Р.К., Резепкина Л.Б., Игембердиева О. А., Кадыралиев Т. К., Айтбаев К. А., Алдашев А. А.

Научно-исследовательский институт молекулярной биологии и медицины при Национальном центре кардиологии и терапии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики

Резюме. В суммарной фракции липопротеинов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП+ЛПОНП), выделенной из сыворотки крови осаждением в присутствии гепарина-Mn, медь-индуцируемое окисление, вызванное путем инкубации при 37оС в присутствии 50 мкМ CuSO4, сопровождается накоплением продуктов ПОЛ (ТБК-реактивных продуктов, ТБКРП), снижением интенсивности собственной флуоресценции в ультрафиолетовой (Fуф) и увеличением - в видимой (Fвид) области спектра, а также снижением интенсивности флуоресценции зонда-аниона АНС (FАНС) и увеличением интенсивности флуоресценции зонда-катиона ДСП-6 (FДСП-6). Для определения степени модификации ЛПНП+ЛПОНП предлагается использовать отношения Fвид / Fуф и FДСП-6 / FАНС, показавшие хорошую связь со степенью ПОЛ в ЛПНП+ЛПОНП выделенных из сыворотки крови 49 доноров и подвергнутых окислению путем инкубации при 37оС в присутствии 50 мкМ CuSO4 в течение 0, 3 и 24 часов. ЛПНП+ЛПОНП, выделенные из аорты 6 человек, по уровню продуктов ПОЛ (содержанию ТБКРП) и показателям Fвид / Fуф и FДСП-6 / FАНС достоверно отличаются от нативных ЛПНП+ЛПОНП сыворотки ($p<0.001$) и соответствуют липопротеинам, окисленным in vitro при 37оС в присутствии 50 мкМ CuSO4 в течение более 3ч и менее 24 ч.

Ключевые слова: атерогенные липопротеины, флуоресценция, перекисное окисление липидов, аорта.

АДАМДЫН КАНЫНЫН СУЮК БӨЛҮГҮНҮН ЖАНА КОЛКОСУНУН КУРАМЫНДАГЫ АТЕРОГЕНДИК ЛИПОПРОТЕИНДЕРДИН ӨЗ ЖАНА ЗОНДГО ТААНДЫК ФЛУОРЕСЦЕНЦИЯСЫ

Айдыралиев Р.К., Резепкина Л.Б., Игембердиева О.А., Кадыралиев Т.К., Айтбаев К.А., Алдашев А.А.

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу академик Мирсаид Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борборуна караштуу молекулалык биология жана медицина илимий-изилдөө институту

Корутунду. Адамдын канынын суюк бөлүгүнөн гепарин-Mn аркылуу тундуруп алынган тыгыздыгы төмөн жана өтө төмөн липопротеиндердин жалпы фракциясын жездин таасири менен кычкылдантуу процессинде ПОЛдун продуктыларынын топтолушу (ТБК-реактивдүү продуктылар, ТБКРП), спектрдин ультрафиолет (Fуф) тараптагы өз флуоресценциясынын күчтөнгөндүгүнүн төмөндөшү жана спектрдин көрүнүүчү (Fвид) тараптагы өз флуоресценсиясынын күчтөнгөндүгүнүн өсүшү, андан тышкары АНС анион-зонддун (FАНС) флуоресценциясынын күчтөнгөндүгүнүн төмөндөшү жана ДСП-6 (FДСП-6) катион-зонддун күчтөнгөндүгүнүн өсүшү менен бирге өтөт. ЛПНП+ЛПОНП фракциясынын канчалык даражада модификацияга учураганын билиш үчүн Fвид /Fуф жана FДСП/FАНС көрсөткүчтөрүн колдонууну сунуш кылынат, себеби алар 49 донорлордун канынын суюк бөлүгүнөн алынып, андан кийин 50 мкМ CuSO4 аркылуу 0,3 жана 24 саат аралыгында кычкылданткан ЛПНП+ЛПОНП фракциясында болгон ПОЛдун даражасы менен тыгыз байланышы бардыгын көрсөтүштү. Ал эми, 6 адамдын колкосунан алынган ЛПНП+ЛПОНП фракциясы болсо ПОЛ продуктыларынын де?гээли (ТБ КРП нын өлчөмү) жана Fвид/Fуф, FДСП/FАНС көрсөткүчтөрү боюнча кандын суюк бөлүгүнөн алынган ЛПНП+ЛПОНП фракциясынан шексиз айырмаланат ($P<0,001$) жана 50 мкМ CuSO4 катышуусунда 3 сааттан ашык жана 24 сааттан кем убакта кычкылданткан липопротеиндерге ылайык келет.

Негизги сөздөр: атерогендик липопротеиндер, флуоресценция, липиддердин перекистик кычкылдануусу, колко.

INTRINSIC AND PROBE FLUORESCENCE OF ATHEROGENIC LIPOPROTEINS OF HUMAN SERUM AND AORTA

[illegible]ev R.K., Rezepkina L.B., Igemberdieva O.A., Kadyraliev T.K., Aitbaev K.A., Aldashev A.A.

[illegible] of Molecular Biology and Medicine, National Center of Cardiology and Internal Medicine [illegible]med after academician Mirsaid Mirrakhimov, Ministry of Health, Kyrgyz Republic

Summary. In total fraction of low and very low density lipoproteins (LDL+VLDL) isolated from serum by precipitation at the presence of heparinum-Mn copper-induced lipid peroxidation (LPO) during incubation at 37oC at present of 50 μM CuSO4 was accompanied by accumulation of LPO products (TBA-reactive products, TBARP), decrease fluorescence intensity (F) of a probe-anion ANS and increase of probe -cation DSP-6, decrease of intrinsic fluorescence intensity in ultraviolet area of a spectrum (Fuv) and increase - in visible area of a spectrum (Fvis). It was suggested to calculate the Fvis / Fuv and FDSP-6 / FANS ratio in order to determine degree of lipoproteins modification. Good relationship was revealed between these ratio's and degree of LPO on LDL+VLDL isolated from serum of 49 donors and incubated at 37oC at present of 50 μM CuSO4 during 0, 3 and 24 hrs. LDL+VLDL isolated from human aorta of 6 persons significantly differ from native LDL+VLDL isolated from serum of 49 donors by Fvis / Fuv, FDSP-6 / FANS ratio and level of TBARP ($p<0.001$) and correspond by all these parameters to serum lipoproteins oxidated in vitro by incubation at 37oC at present of 50 μM CuSO4 during more than 3 and less than 24 hrs.

Key words: atherogenic lipoproteins, fluorescence,lipid peroxidation, aorta.

Сердечно-сосудистые заболевания, возникающие на почве атеросклероза магистральных артерий, являются болезнью № 1 и основной причиной гибели людей во всех развитых странах мира. Высокий уровень атерогенных липопротеинов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП) является фактором риска развития атеросклероза и связанной с ним коронарной болезни сердца (КБС) [1-4]. В последние годы важную роль в развитии атеросклероза отводят модифицированным липопротеинам низкой плотности (м-ЛПНП) [5-7]. Уровень м-ЛПНП даже предлагают использовать в качестве маркера атеросклероза и КБС [8-9]. Для оценки степени перекисной модификации ЛПНП можно использовать метод флуоресцентной спектроскопии. В in vitro модифицированных ЛПНП происходит снижение интенсивности собственной флуоресценции в ультрафиолетовой (Fуф) и увеличение - в видимой (Fвид) области спектра [10-14], а также связанное с увеличением отрицательного заряда поверхности липопротеинов снижение интенсивности флуоресценции добавленного к ним зонда-аниона АНС (FАНС) и увеличение - зондов катионов ДСП-6 (FДСП-6) и ДСП-12 [13-15]. Для практического применения, однако, метод ультрацентрифугирования, используемый при выделении ЛПНП, является достаточно сложным и дорогостоящим. Между тем суммарную фракцию ЛПНП + ЛПОНП можно выделять более простым способом осаждением в присутствии гепарина-Mn [16]. В атерогенных липопротеинах, выделенных таким способом, достаточно просто исследовать как уровень перекисного окисления (ПОЛ), так и резистентность ЛПНП + ЛПОНП к окислению [17]. В суммарной фракции атерогенных липопротеинов (ЛПНП+ЛПОНП), модифицированных в результате ПОЛ, изменения флуоресценции аналогичны изменениям в изолированных ЛПНП [18]. Поскольку изменения собственной флуоресценции в ультрафиолетовой и видимой областях спектра, а также зондов АНС и ДСП-6 при ПОЛ в липопротеинах носят противоположнонаправленный характер, то для оценки степени перекисной модификации можно использовать относительные показатели: Fвид / Fуф и FДСП-6/ FАНС. Они удобны тем, что не требуют стандартизации флуоресцентных измерений.

Аорта содержит модифицированные липопротеины. Апо В-содержащие липопротеины, выделенные из атеросклеротических бляшек аорты, по размеру и липидному составу схожи с сывороточными липопротеинами, но отличаются от них большей электрофоретической под-

вижностью, относительно меньшим содержанием апобелка, который к тому же сильно деградирован [19]. По переносу энергии с триптофанилов апобелка на флуоресцентный зонд пирен было показано, что в аортальных ЛПНП апобелок образует на поверхности липопротеинов белковые выступы [20], характерные для модифицированных in vitro сывороточных ЛПНП [21]. Атеросклеротические бляшки содержат окисленные липиды [22-23], а экстракты из бляшки способны вызывать модификацию ЛПНП [24]. Для выделения ЛПНП+ЛПОНП из аорты можно использовать метод, предложенный А. Н. Климовым и соавт [25].

Цель настоящего исследования заключалась в сравнительном изучении относительных флуоресцентных показателей Fвид / Fуф и FДСП-6/ FАНС в атерогенных липопротеинах (ЛПНП+ЛПОНП), выделенных из атеросклеротических бляшек аорты и сыворотки крови человека, а также сывороточных липопротеинов с разной степенью окисления.

Объект и методы исследования. В работе были исследованы ЛПНП+ЛПОНП, выделенные из сыворотки крови 49 практически здоровых доноров и образцов аорты от 6 человек, случайно погибших в результате ДТП. Суммарную фракцию ЛПНП+ЛПОНП выделяли из сыворотки крови по методу Бурштейна [16]. С этой целью к 1 мл сыворотки добавляли 0,1 мл смеси: 1 М MnCl2 + гепарин + дист. вода (5:4:1) , перемешивали и ставили на инкубацию на ледяную баню (при 00С) на 30 мин. После этого образцы центрифугировали 30 мин при 1500 g и 40С. Надосадочную жидкость сливали. Осадок осторожно промывали трижды 50 мМ раствором фосфатного буфера (pH 7,4), содержащего 140 мМ NaCl. Тщательно отмытый таким образом от белков сыворотки осадок ЛПНП+ЛПОНП растворяли в 1 мл 50 мМ раствора фосфатного буфера (pH 7,4), содержащего 1М NaCl. Выделение суммарной фракции ЛПНП+ЛПОНП из аорты проводили по методике, описанной в [25]. Кусочки ткани аорты растирали с кварцевым песком на холоду в предварительно охлажденной фарфоровой ступке. Затем туда же прибавляли веронал-мединаловый буфер (pH 8,6, ионная сила 0,1) в 5-10 кратном количестве. Ткань тщательно растирали в буферном растворе до гомогенной массы, которую переносили в центрифужные пробирки и центрифугировали при 1500 g и 40С в течение 10-15 мин. Экстракт сливали и использовали для выделения из него суммарной фракции ЛПНП+ЛПОНП по методу Бурштейна описанным выше способом [16]. Перекисную модификацию вызывали с помощью медь-индуцируемого окисления путем инкубации полученного раствора ЛПНП+ЛПОНП при 37оС в присутствии 50 мкМ CuSO4 [17]. В инкубационную среду добавляли смесь антибиотиков пенициллин+стрептомицин фирмы "Sigma" (США) до конечной концентрации: 100 ед. пенициллина/мл и 0,1 мг стрептомицина/мл. Степень перекисного окисления оценивали по концентрации ТБК-реактивных продуктов (ТБКРП) [26]. Для этого к 0,25 мл р-ра ЛПНП+ЛПОНП добавляли 3 мл 1% р-ра фосфорной кислоты и мл 0,5% р-ра тиобарбитуровой кислоты (ТБК). Полученную смесь ставили на водяную баню в 45 мин, охлаждали и добавляли 4 мл бутанола. После этого смесь центрифугировали, отбирали бутанольную фазу (супернатант), в которой измеряли оптическую плотность при длинах волн 515, 532 и 550 нм. Рассчитывали ? D 532 пропорциональную концентрации ТБКРП, по формуле: ? D 532 = D 532 - (D515 + D550) / 2. Рассчитывали уровень ТБКРП в единицах концентрации малонового диальдегида (МДА) в единицу веса белка (мкмоль МДА/г белка), используя молярный коэффициент экстинкции комплекса МДА-ТБК 1,56*10 5М-1см-1 [12]. Концентрацию белка в растворе ЛПНП+ЛПОНП определяли по методу Лоури [27]. Измерение оптической плотности проводили на спектрофотометре "DU-530" фирмы "Beckman" (США). Для измерения интенсивности флуоресценции (F) отбирали 0,1 мл полученного р-ра ЛПНП+ЛПОНП и растворяли в 5 мл буферного раствора следующего состава: 0,28 М сахароза, 10 мМ трис, 2 мМ ЭДТА, pH 7,4. В работе использовали флуоресцентные зонды 1-анилинонафталин-8-сульфонат (АНС) фирмы " Serva", 4-(п-диметиламиностирил)-1-гексилпиридиний п-толуолсульфонат (ДСП-6), синтезированный в Институте оргсинтеза АН Латвии (г. Рига). Флуориметрические измерения проводили на спектрофлуориметре "F-3000" фирмы "Hitachi" (Япония) в стандартной 1 см прямоугольной кварцевой кювете при щелях возбуждения и флуоресценции 5 нм. FАНС измеряли при длине

при 1500 g
сливали и
о суммар-
оду Бурш-
. Перекис-
цью медь-
убации по-
при 37оС в
инкубаци-
ибиотиков
"Sigma"
100 ед. пе-
на/мл. Сте-
ли по кон-
ов (ТБКРП)
П+ЛПОНП
кислоты и
оты (ТБК).
ю баню на
бутанола.
ли, отбира-
. в которой
при длинах
ти ? D 532.
ТБКРП, по
- D550) / 2.
ницах кон-
(МДА) на
белка), ис-
инкции ком-
[12]. Кон-
П+ЛПОНП
Измерения
на спектро-
an" (США).
ресценции
ного р-ра
буферного
л сахарозы.
работе ис-
1-анилино-
ы " Serva" и
пиридиний
вированный
ии (г. Рига).
оводили на
ы "Hitachi"
моугольной
буждения и
ли при дли-

волны 470 нм (возбуждение 370 нм), FДСП- при длине волны 560 нм (возбуждение 450 нм), Fуф - при длине волны 340 нм (возбуждение 256 нм), Fвид - при длине волны 430 нм (возбуждение 360 нм). Концентрация АНС в растворе составляла 20 мкМ, ДСП-6 - 5 мкМ.

Результаты и обсуждение. ЛПНП+ЛПОНП, выделенные из сыворотки крови 49 практически здоровых доноров осаждением в присутствии гепарина-Mn, были подвегнуты медь-инициируемому перекисному окислению в течение 24 ч. Образцы для исследований отбирали до, через 3 и 24 ч после начала инкубации. Параллельно с этим ЛПНП+ЛПОНП были выделены из различных образцов аорты. Во всех образцах липопротеинов были измерены интенсивности собственной флуоресценции в ультрафиолетовой и видимой областях спектра, зондов АНС и ДСП-6, а также уровень ТБКРП. Интенсивность собственной флуоресценции в ультрафиолетовой области спектра при перекисной модификации снижалась, в видимой области спектра - увеличивалась; интенсивность флуоресценции АНС снижалась, ДСП-6 - увеличивалась. Эти результаты соответствуют ранее полученным данным. На основании измеренных значений интенсивности флуоресценции были рассчитаны относительные показатели: Fвид / Fуф и FДСП-6/ FАНС. Сравнительные результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Значения Fвид / Fуф, FДСП-6 / FАНС и уровень ТБКРП в ЛПНП+ЛПОНП сыворотки крови здоровых доноров до, через 3 ч и 24 ч после инкубации при 37оС в присутствии 50 мкМ CuSO4 (n=49) и в ЛПНП+ЛПОНП аорты (n=6)

Источник ЛПНП+ЛПОНП	Длительность инкубации, ч	$F_{вид}$ / $F_{уф}$	$F_{ДСП-6}$ / $F_{АНС}$	ТБКРП, мкмоль МДА/ г белка
Сыворотка	0	0,0454 ± 0,00274	0,458±0,02	0,71 ± 0,04
	3	0,061 ± 0,0034	0,616±0,030	6,89 ± 0,09
	24	0,2194 ± 0,016	4,41±0,435	38,22 ± 1,11
Аорта	0	0,113 ± 0,013	2,58±0,44	20,12 ±0,96

Примечание. p< 0,001 для всех показателей при сравнении ЛПНП+ЛПОНП сыворотки до и через 3 ч инкубации, до и через 24 ч инкубации, через 3ч и 24 ч инкубации, а также ЛПНП+ЛПОНП сыворотки с ЛПНП+ЛПОНП аорты.

В образцах ЛПНП+ЛПОНП крови средние значения как концентрации ТБКРП, так и показателей Fвид / Fуф и FДСП-6 / FАНС, измеренные до, через 3ч и 24 ч после начала окисления достоверно (по Т-критерию) различаются между собой. Для всех трех показателей во всех парах сравнения p<0,001. Это означает, что флуоресцентные показатели Fвид / Fуф и FДСП-6 / FАНС достоверно отражают степень перекисной модификации липопротеинов. В пользу этого свидетельствуют и высокие коэффициенты корреляции флуоресцентных показателей с уровнем ТБКРП, а также между собой (табл. 2). Об этом

Таблица 2.
Корреляция относительных флуоресцентных показателей со степенью ПОЛ в ЛНП+ЛОНП сыворотки (n=147)

Показатель 1	Показатель 2	r	P
Fвид /Fуф	ТБКРП	0,75	p<0,001
FДСП-6/ FАНС	ТБКРП	0,73	p<0,001
Fвид /Fуф	FДСП-6/ FАНС	0,95	p<0,001

говорят и данные, полученные на ЛПНП+ЛПОНП аорты. Показатели Fвид / Fуф и FДСП-6 / FАНС в них соответственно в 2,5 и 5,6 раз выше, чем в нативных ЛПНП+ЛПОНП крови (p<0,001) и соответствуют по степени окисления липопротеинам, подвергнутым инкубации при 37оС в присутствии 50 мкМ CuSO4 в течение более 3 ч и менее 24 ч. Полученные результаты свидетельствуют также в пользу того, что атерогенные липопротеины (ЛПНП+ЛПОНП), содержащиеся в аорте, отличаются от липопротеинов крови и являются модифицированными.

Заключение. 1) в суммарной фракции липопротеинов низкой и очень низкой плотности, выделенных из сыворотки крови осаждением в присутствии гепарина-Mn и подвергнутых медьиндуцируемому перекисному окислению, относительные флуоресцентные показатели Fвид / Fуф и FДСП-6 / FАНС отражают степень перекисной модификации липопротеинов. При сравнительном исследовании нативных сывороточных ЛПНП+ЛПОНП от 49 доноров и этих же липопротеинов, подвергнутых окислению в течение 3 и 24 ч показатели Fвид / Fуф и FДСП-6 / FАНС также как и уровень ТБКРП достоверно различаются между собой во всех парах сравнения(p<0,001). Между величинами относительных флуоресцентных показателей и уровнем ТБКРП выявлена высокая корреляция (r=0,73-0,75; p<0,001). 2) ЛПНП+ЛПОНП аорты по величинам Fвид / Fуф и FДСП-6 / FАНС и уровню ТБКРП достоверно отличаются от нативных ЛПНП+ЛПОНП крови и соответствуют окисленным in vitro сывороточным ЛПНП+ЛПОНП при 37оС в присутствии 50 мкМ CuSO4 в течение более 3 ч и менее 24 ч. 3) Результаты, полученные в работе, свидетельствуют в пользу того, что присутствующие в аорте атерогенные липопротеины (ЛПНП+ЛПОНП являются модифицированными.

Литература:

1. Дислипопротеидемии и ишемическая болезн сердца (под ред. Чазова Е. И. и Климова А. Н.). М 1980.
2. Климов А.Н., Никульчева Н.Г. Липопротеиды дислипопротеидемии и атеросклероз. Л. Медицина 1984.
3. Лопухин Ю.М., Арчаков А.И., Владимиро Ю.А., Коган Э.М. Холестериноз (холестерин мемб ран. Теоретические и клинические аспекты). М Медицина. 1983.
4. Оганов Р. Г. Первичная профилактика ишеми ческой болезни сердца, М. 1990.
5. Айтбаев К.А., Айдыралиев Р.К., Игембердие ва О.А. Окисленные липопротеиды низкой плотнос ти: биохимический состав, механизмы формирова ния, биологическая активность и связь с коронарно болезнью сердца// ЦАМЖ. - 2005. - Т. 11. - № 1. - С 61-68.
6. Mertens A., Holvoet P. Oxidized LDL and HDL antagonists in atherothrombosis// FASEB J. - 2001. - V 15. - P. 2073-2084.
7. Tribble D. L. Lipoprotein oxidation in dyslipidemia insights into general mechanisms affecting lipoprote oxidative behavior// Curr. Opin. Lipidol. - 1995. - V. 6. № 4. - P. 196-208.
8. Holvoet P., Mertens A., Verhamme P., Bogaer K., Beyens G., Verhaeghe R., Collen D., Muls E., va de Werf F. Circulating oxidized LDL is a useful marke for identifying patients with coronary artery disease Arterioscler. Tromb. Vasc. Biol. - 2001. - V. 21. - 844-848.
9. Toshima S., Hasegawa A., Kurabayashi M., Ita H., Takano T., Sugano J., Shimamura K., Kimura Michishita I., Suzuki T., Nagai R. Circulating oxidize low density lipoprotein levels a biochemical risk marke for coronary heart disease// Arterioscler. Tromb. Vas Biol. - 2000. - V. 20. - P. 2243-2247.
10. Айдыралиев Р.К., Азизова О.А., Вахрушев Т.В., Лопухин Ю.М., Миррахимов М.М. Исследова ние собственной флюоресценции ЛПНП, модифиц рованных в результате автоокисления// Бюлл. Эксп

и Мед. -2006. - Т. 142. - № 10. - С. 414-417.

. Сергиенко В.И., Мурина М.А., Панасенко . Трунилина Н.Н., Евгина С.А., Айдыралиев Р.К., пкин Д.И. Молекулярные механизмы действия хлорита натрия на тромбоциты и липопротеины/ стник РАМН. - 1995. - № 3. - С. 48-53.

. Panasenko O.M., Evgina S.A., Aidyraliev R.K., enko V.I., Vladimirov Y.A. Peroxidation of human lipoproteins induced by exogenous hypochlorite or chlorite generated in the system of operoxidase+H2O2+Cl-"// Free Radic. Biol. Med. 4. - V. 16. - N 2. - P.143-148.

. Айдыралиев Р.К. Исследование перекисно-фицированных липопротеинов низкой плотности методом флуоресцентной спектроскопии// Известия НАН КР. - 2005. - № 3. - С. 66-70.

. Айдыралиев Р.К. Изменения собственной и вой флуоресценции липопротеинов низкой плотности при перекисной модификации// Журнал АМН Украины. - 2005. - Т. 11. - № 2. - С.382-391.

. Айдыралиев Р.К., Азизова О.А., Миррахимов М., Лопухин Ю.М. Изменение заряда поверхности липопротеинов низкой плотности при перекисной модификации// Бюлл. Эксп. Биол. и Мед. - 2001. - 32. - №8. - С. 164-167.

. Manual of laboratory operations. Lipid research clinics program. Volume 1. Lipid and lipoprotein analysis. HEW Publication No. NIH 75628.

. Рагино Ю.И., Душкин М.И. Простой метод исследования резистентности к окислению гепаринсажденных -липопротеинов сыворотки крови// Клин. Лаб. Диагн. - 1998. - №3. - С. 6-8.

. Игембердиева О.А., Айдыралиев Р.К., Алымбекова А., Айтбаев К.А. Изменения собственной и вой флуоресценции в липопротеинах низкой и очень низкой плотности, выделенных осаждением в присутствии гепарина-Mn// ЦАМЖ. 2004. - Т. 10. - . - С.13-15.

. Hoff H.F., Morton R.E. Lipoproteins containing apo B extracted from human aortas. Structure and function// Ann N. Y. Acad. Sci. - 1985. - V. 454. - P. 183-94.

20. Добрецов Г.Е., Спирин М.М., Кузнецов А.С., Попов А.В. Пространственная организация липопротеидов низкой плотности аорты человека (изучение с помощью флуоресцентных зондов)// Бюлл. Эксп. Биол. и Мед. - 1983. - Т. 96. - № 10. - С. 45-47.

21. Dobretsov G. E, Spirin M. M, Chekrygin O.V., Karmansky I. M., Dmitriev V.M., Vladimirov Yu.A. A fluorescence study of apolipoprotein localization in relation to lipids in serum low density lipoproteins// Biochim. et Biophys. Acta. -1982. - V. 710. - № 2. - P. 172-180.

22. Jache? W., Tomasik A., Ceglarek W., Wo? S., Wodniecki J., Wojciechowska C., Skrzep-Poloczek B., Walichiewicz P., Widenka K. Lipid peroxidation and vitamin E in human coronary atherosclerotic lesions// Clin. Chim. Acta. - 2003. - V. 330. - № 1-2. - P. 121-129.

23. Suarna C., Dean R.T., May J., Stocker R. Human atherosclerotic plaque contains both oxidized lipids and relatively large amounts of alpha-tocopherol and ascorbate// Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. - 1995. - V. 15. - № 10. - P. 1616-24.

24. Hoff H.F, O'Neil J. Extracts of human atherosclerotic lesions can modify low density lipoproteins leading to enhanced uptake by macrophages// Atherosclerosis. - 1988. - V. 70. - № 1-2. - P. 29-41.

25. Климов А.Н., Ловягина Т. Н., Баньковская Э.Б. Турбидиметрический метод определения липопротеидов и хиломикронов в сыворотке крови и тканях // Лабораторное дело. - 1966. - № 4. - С. 276- 279.

26. Uchiyama M., Michara M. Determination of malonaldehyde precursor in tissues by thiobarbituric acid test// Analytical Biochemistry. - 1978. - V. 86. - P. 271-278.

27. Lowry O.H., Rosebrough N.J., Farr A.L., Randall R.J. Protein measurement with the Folin phenol reagent/ / J. Biol. Chem. - 1951. - V. 193. - № 1. - P. 265-275.

ГЕМАНГИОМЫ НАРУЖНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

(случай из практики)

Саяков У.К., Кадырова А.И., Орозалиев М.Б., Кемельбекова А.
Кафедра онкологии КГМА, Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии КГМА

Резюме. При определенных условиях гемангиомы нередко могут перейти в ангиосаркому. Учитывая возможность достижения больших размеров гемангиом, вызывающих косметический дефект, кровотечения, возможность малигнизации одним из первостепенных методов лечения остается хирургический с обязательным гистологическим исследованием. Важным аспектом лечения является проведение операций на начальных этапах развития гемангиом.
Ключевые слова: гемангиома, осложнение, гемангиосаркома

Resume. Under certain conditions hemangiomas quite often may turn into hemangiosarcoma. Taking into account of ability of hemangiomas in reaching of great sizes, causing cosmetic defects, bleeding, possibility of neoplastic transformation one of the paramount treatment mode is remained surgical with the compulsory histological study. Significant aspect of treatment is realization of surgical operations in prime hemangiomas.
Key words: hemangioma, complication, hemangiosarcoma

Резюме. Кайбир шарттарда гемангиома күчөп ангиосаркамага өтүп кетет. Гемангиом көлөмү чөноюп кетишине байланышту косметикалык мүчүлүктөр, канап же болбосо зыян-дуу шишике айланып кетишине мүмкүн. Ооруну дарылонун негизги жолдорунун бири болу хирургиялык методу колдону менен сөзсүз түрдө гистологиялык изилдөө эсептелет. Эң маны-лиүү нерсе оруну башталыш стадиясында дарылоо.
Негизги түшүнүктөр: гемангима, гемангиоамнын өтүшүп кетиши.

Гемангиома (Haemangioma) - общий и неспецифический термин, обозначающий зрелые доброкачественные опухоли из сосудистой ткани, сосудистые родимые пятна и пороки развития сосудов (от греч. haima - кровь и angeon - сосуд) (1).

Гемангиомы составляют более 50% всех опухолей детского возраста. На долю гемангиом приходится до 22% всех доброкачественных опухолей человека и 46% всех опухолей мягких тканей (2). Считается, что гемангиома возникает у каждого человека на каком-то из этапов его жизни, причем она может протекать бессимптомно и не требует лечения. Чаще всего гемангиома наблюдается в детском возрасте, характеризуется инфильтративным ростом, не метастазирует, но может давать рецидивы. По локализации опухоли можно разделить на 3 группы; гемангиома покровных тканей (кожа, подкожная клетчатка, слизистые оболочки), опорно-двигательного аппарата (мышцы, сухожилия, кости) и паренхиматозных органов. У девочек гемангиомы встречаются в 2-3 раза чаще, чем у мальчиков (2).

Обычно гемангиомы обнаруживаются сразу же после рождения и значительно реже - в течение первых двух месяцев жизни (встречаются 1,1 - 2,6 % всех новорожденных, а к концу первого года жизни этот показатель увеличивается до 10,1%). При этом 75% составляют дети в возрасте до года, а половину из них - дети до 6 месяцев жизни (2). Особенно быстрый рост гемангиомы отмечается в первом полугодии жизни ребенка, впоследствии этот процесс замедляется, исключение составляют гемангиомы сложной анатомической локализации. Некоторые гемангиомы, после быстрого роста в течение первого года жизни на протяжении последующих 5 - 7 лет могут подвергаться обратному спонтанному развитию. В связи с этим, часть врачей предостерегает от излишне активного лечения гемангиом у детей, рекомендуя подчас лишь наблюдение. Несмотря на возможность самоизлечения и остановку роста гемангиомы с последующей инволюцией, дальнейшее ее течение все же остается непредсказуемым. Расчет на спонтанную регрессию может иногда оказываться несостоятельным, а потеря времени явно не на пользу больному. К тому же установлено, что регрессируют спонтанно лишь 6,7% гемангиом (2,3).

часть из этих опухолей относится к порокам развития сосудистой системы опухолевидного характера, часть - к истинным бластомам. В зависимости от того, какие сосуды копирует новообразование, различают следующие виды гемангиом: капиллярную; венозную; кавернозную; артериальную.

Капиллярная гемангиома - это истинное новообразование с пролиферацией эндотелиальных клеток и формированием атипичных капилляров. Локализуется чаще всего в коже, в слизистых оболочках желудочно-кишечного тракта. Нередко бывает множественной. Чаще встречается у детей женского пола.

Макроскопически представлена красным или синюшным узлом с гладкой или бугристой поверхностью, на разрезе имеет ячеистое строение. Если опухоль локализуется в коже, при надавливании узел белеет. Микроскопически опухоль состоит из ветвящихся сосудов капиллярного типа с узким просветом, который не всегда заполнен кровью. Эндотелий набухший, гиперхромный. Капилляры могут формировать нечетко отграниченные дольки, что создает впечатление инфильтрирующего роста.

Как разновидность гемангиомы, которую многие авторы относят к порокам развития, выделяют особый вид зрелой сосудистой опухоли - гемангиому (геммагемангиому). Это новообразование отличается от банальных капиллярных гемангиом выраженным полиморфизмом эндотелиальных клеток, формирующих своеобразные сосудистые почки, подобные грануляционной ткани. Имеется мнение о возможной малигнизации этого типа капиллярных гемангиом.

Кавернозная гемангиома - новообразование, состоящее из причудливых полостей типа синусов различной величины, сообщающихся между собой. Встречается чаще всего в печени, желудочно-кишечном тракте, головном мозге.

Макроскопически имеет вид четко отграниченного от окружающих тканей багрово-синюшного узла, на разрезе напоминающего губку. Микроскопически состоит из тонкостенных каверн (полостей), выстланных одним слоем эндотелиальных клеток и заполненных кровью.

Артериальная ангиома (гроздевидная, ветвистая) - представляет собой конгломерат порочно развитых сосудов артериального типа, среди которых встречаются участки, напоминающие капиллярную гемангиому.

Венозная гемангиома - микроскопически представлена преимущественно сосудами венозного типа, наряду с которыми встречаются сосуды капиллярного и артериального типа. Располагается в глубине мягких тканей, между мышцами. Многие авторы венозную и артериальную ангиомы относят к гамартиям (порокам развития).

Гемангиомы кожных покровов и слизистых занимают первое место по частоте распространения. Эти опухоли могут достигать значительных размеров, захватывать значительную, а иногда и большую часть той анатомической зоны, в которой они расположены и приводят к тяжелым косметическим и функциональным дефектам. Причем дефекты довольно опасные, иногда даже для жизни больного. Травмирование, повреждающее поверхностно расположенные кровеносные сосуды, всегда ведет к более или менее выраженному кровотечению. Наибольшую опасность представляет повреждение кавернозных гемангиом, имеющие большие полости и связи с глубоколежащими сосудами. Крайне осторожно нужно обращаться с гемангиомами артериального типа, т.к. при этом могут быть даже фонтанирующие кровотечения.

Примером осложнений гемангиом мягких тканей является следующий клинический случай: Больной Х., 1953 года рождения находился на стационарном лечении в клинике "КафМедЦентр" с клиническим диагнозом: Гемангиома мягких тканей поясничной области. Жалобы при поступлении на наличие опухолевидного образования на коже поясничной области. Из анамнеза: Вышеуказанное образование с детства, с течением времени больной отмечает рост образования, не лечился. За два дня до поступления в клинику отметил внезапную резкую боль и увеличение в объеме указанного образования. Status localis: на коже спины поясничной области имеется опухолевидное образование размерами 30,0 x 25,0 x 30,0 см в диаметре, мягко-эластичной консистенции, безболезненное, на основании. В центре образования рана, откуда выделяется сгустки крови.

УЗИ: в проекции поясничной области в просвете подкожного образования лоцируются гетерогенные структуры в виде массивных анэхогенных фокусов с гиперэхогенными линейными

структурами (массивная гематома), визуализируется сосуд диаметром до 3-х мм.

Данные за обширную подкожную гематому, гемангиому поясничной области, разрыв аберрантной ножки.

УЗИ внутренних органов брюшной полости и малого таза без особенностей.

Рентгеноскопия органов грудной клетки без особенностей.

ЭКГ: ритм правильный синусовый ЧСС 85 в мин. Полувертикальное положение ЭОС.

Произведена операция: Иссечение опухоли. Гистологическое заключение №59490 от 01.10.10г. капиллярная гемангиома. Послеоперационный период без особенностей, заживление раны первичным натяжением. Больной в удовлетворительном состоянии выписался домой.

При определенных условиях гемангиомы нередко могут перейти в ангиосаркому. Учитывая возможность достижения больших размеров гемангиом, вызывающих косметический дефект, кровотечения, возможность малигнизации оз ним из первостепенных методов лечения остается хирургический с обязательным гистологическим исследованием. Важным аспектом лечения является проведение операций на начальных этапах развития гемангиом.

Литература:

1) Ганцев Ш.Х. Онкология 2004.
2) Петерсон Б.Е., Чиссов В.И., Пачес А.И. Атлас онкологических операции. М.:Медицина, 1987.
3) Напалков Н.Н. Общая онкология. Руководств для врачей-М.,1989.

ДИАГНОСТИКА И АКТИВНО КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ С МИЕЛОДИСПЛАЗИЕЙ

Арбаналиев М.К., Адамалиев К.А., Порощай В.Н.
ГДКБ СМП г.Бишкек и КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Корутунду: Эмгекте табарсыктын дисфункция кесели бар 66 балдар изилденген. Детрузордун спастикалык гипертонус түрү 30,3% ооруларда аныкталган. Гипотомиялык түрү 21,2% балдарда такталган. Табарсыктын дисфункциясынын 50% стресстик заараны кармай албоо түзгөн. Алардын баарысы бел-куймулчак омурткалардын тубаса дисплазияларында кездешкен. Жамбаш ойдунун булчундарынын базалык тонусунун бузулушу табарсыктын дисфункциясынын негиздүү бөлүгүн түзөт. Дриптан менен дарылоо оорулардын 86,3% он таасирди алууга көмөк берген.
Өзөктүү сөздөр: балдар, табарсыктын дисфункциясы, дриптан менен дарылоо.

Резюме: В работе анализированы результаты исследования у 66 больных с дисфункцией мочевого пузыря в детском возрасте. Установлено, что спастические формы с гипертонусом детрузора встречаются у 30,3%, парадоксальная ишурия на фоне гипотонии детрузора у 21,2% и стрессовое недержание мочи у 50% больных с миелодисплазией. Нарушение базового тонуса мышц тазовой диафрагмы является существенным звеном при дисфункции мочевого пузыря. Лечение дриптаном позволяет у 86,3% больных достичь положительных результатов.
Ключевые слова: дети, дисфункция мочевого пузыря, лечение, дриптан.

Abstract: The results of examination of 66 patients with urinary bladder dysfunction in child's age were analyzed in this work. It was identified that spastic forms with detrusor hyper-tonus occur among 30.3%, incontience with overflow secondary to detrusor hypotonia among 21.2% and stress urinary incontinence among 50% of patients with myelodysplasia. Abnormality of base tonus of pelvic diaphragm muscle is a significant element upon urinary bladder dysfunction. Treatment with Driptane allows 86.3% of patients to reach positive results.
Key words: children, urinary bladder dysfunction, treatment, driptane.

Актуальность проблемы. Расстройства функции мочевого пузыря (МП) в большинстве случаев связаны с миелодисплазией, параличом или парезом детрузора (детрузорной недостаточностью) вследствие нарушения его парасимпатической иннервации.

В течение ряда лет ведущее место в лечении нейрогенных расстройств МП занимали оперативные методы коррекции: реиннервация, илеовезикоректопексия, ремускуляризация МП прямыми мышцами живота, оментовезикопексия и другие способы пластики [1,3,6,7]. Несмотря на многочисленные модификации реиннервации, лечение, в большинстве случаев, было не эффективным, больные дети продолжали страдать истинным недержанием мочи. Другие способы оперативных вмешательств преследовали цель укрепить сфинктерную систему МП, для чего использовалась петлевая сфинктеропластика из сухожильной ткани Liniae albae, применялись различные полимерные кольца и устройства, которые имплантировали в шейку МП. Однако, их несовместимость с биотканью, грубые структурно-функциональные нарушения МП, нагноение и отторжение, не позволяют широко использовать эти методы в клинической практике. В последние годы при наличии сфинктерной недостаточности доказана высокая эффективность коррекции эндоскопическим способом шейки МП гидрогелем [2,4,5].

Целью настоящей работы явилось изучение наиболее эффективных методов диагностики дисфункции мочевого пузыря у детей с миелодисплазией для улучшения результатов лечения.

Материал и методы исследования. Рабо-

та основана на результатах исследования 66 детей в возрасте от 1 года до 15 лет с дисфункцией мочевого пузыря (ДМП), находящихся на лечении в отделении урологии ГДКБ СМП с 2007 по 2008 гг. Дети были разделены на 2 группы: основную и группу сравнения. В основную группу вошел 51 (77,3%) пациент с незаращением межпозвоночных дужек и наличием спинномозговых грыж, контрольную группу составили 15 (22,7%) больных. Ниже, в таблице 1, представлена структура пороков развития каудального отдела позвоночника у основной группы больных.

Таблица 1

Структура пороков развития позвоночника в основной группе

Аномалии позвоночника	мальчики 1-3 г	4-7 л	8-11 л	12-15л	девочки 1-3 г	3-7 л	8-11 л	12-15л
Незаращение межпозвоночных дужек	1 1,9%	2 3,9%	5 9,8%	3 5,9%	-	3 5,9%	5 9,8%	1 1,9%
Аплазия крестца и копчика	2 3,9%	5 9,8%	1 1,9%	4 7,8%	-	3 5,9%	1 1,9%	2 3,9%
Спинномозговые грыжи	2 3,9%	1 1,9%	-	2 3,9%	3 5,9%	3 5,9%	2 3,9%	-
Всего:	5 9,9%	8 15,7%	6 11,7%	9 17,6%	3 5,9%	9 17,6%	8 15,7%	3 5,9%

Как видно из таблицы 1, большую часть больных составили дети с незаращением межпозвоночных дужек - 20 (39,2%), аплазией крестца и копчика - 18 (35,3%), со спинномозговыми грыжами - 13 (25,5%) человек. Чаще аномалии развития позвоночника выявлялись в возрастных группах старше 4-х лет. Мальчиков было 28 (55%), девочек - 23 (45%).

Недержание мочи являлось ведущим симптомом в клинике миелодисплазии и отмечалось в наших наблюдениях у 51 (77,3%) больного. Лишь 6 (9%) детей в ночной период могли удерживать мочу до 2-4 часов, а утром можно было наблюдать почти нормальную микцию с удовлетворительным напором струи. Утренняя порция мочи наиболее точно позволяла оценить эффективный объем МП. Дневное недержание мочи при физической нагрузке (по типу стрессового) имело место у 20 (30,3%) детей. Снижение эффективного объема с наличием остаточной мочи было у 13 (19,7%) обследованных.

Результаты исследования и их анализ. Для определения объемной скорости потока мочи во время акта мочеиспускания, тонуса сократительной активности детрузора и проходимости уретры, нами была проведена урофлоуметрия у 23 (45,1%) больных основной группы. При этом у 14 (60,9%) пациентов выявлен обструктивный тип мочеиспускания. Снижение тонуса детрузора отмечено у 19 (82,6%) пациентов, у 4 (17,4%) больных количественные показатели объема и скорости потока мочи, а также время мочеиспускания были в пределах физиологической нормы. Прерывистая струя при мочеиспускании выявлена у 12 (23,5%) пациентов.

Ниже, в таблице 2, представлены показатели урофлоуметрии в зависимости от эффективного объема МП у обследованных больных основной группе

Таблица 2

Показатели урофлоуметрии в зависимости от эффективного объема МП у обследованных больных основной группы

Параметры	девочки 13	10	мальчики 15	13
	до 200 мл	более 200 мл	до 200 мл	более 200 мл
	M±m	M±m	M±m	M±m
Время мочеиспускания (сек)	11,0±1,7	16,5±1,2	11,8±0,6	22,7±2,0
Средняя V тока мочи (мл/с)	11,0±1,6	17,8±1,4	8,4±0,5	14,9±1,6
V тока мочи за 1 сек (мл/с)	9,7±1,6	9,2±1,6	10,0±1,1	9,7±1,4
Время достижения максимальной V тока мочи (мл/с)	3,9±0,7	5,8±1,0	4,2±0,3	8,7±1,5
Максимальная V тока мочи (мл/с)	19,7±2,0	31,0±1,0	19,6±0,7	26,2±1,8

Примечание: V - скорость тока мочи.

Анализ урофлоуграммы по основным параметрам, в сочетании с кашлевой пробой, объективно отражал не только анатомическое строение сфинктерного аппарата в покое, но и при напряжении, что позволяет судить о стрессовом компоненте недержания мочи.

Анализ результатов урофлоуметрических исследований у детей с недержанием мочи при миелодисплазии позволяет заключить, что во всех случаях нарушения способности МП удерживать мочу связаны с недостаточностью сфинктерного аппарата. При спинномозговой грыже поясничо-крестцового отдела позвоночника у детей от 4 до 11 лет часто встречалась арефлекторная форма ДМП со сниженным порогом чувствительности пузырного рефлекса, что характерно для паралитической формы. При аномалии позвоночника в основном встречалась гиперрефлекторная форма с высоким порогом чувствительности, внутри пузырной гипертензией, что характерно для спастической формы. При spina bifida у детей встречались гиперрефлекторные и гипорефлекторные формы.

По результатам электромиографии спастическое тазовое дно установлено у 46 (69,6%) детей, из них 28 (61,5%) мальчиков и 18 (38,5%) девочек. Клиническая картина проявлялась парадоксальной ишурией, снижением эффективного объема. У этой группы больных нарушения выделительной функции МП были более выраженными, чем у детей с функциональными расстройствами.

При спастической форме базовый тонус мышц тазового дна в прямой мышце живота был повышен у 33 (71,7%) пациентов и у 13 (28,3%) детей - с аномалией позвоночника.

При паралитической форме ДМП базовый тонус тазового дна прямой мышцы живота был снижен у 9 (45%) пациентов и у 11 (55%) детей данная форма была выявлена при наличии спинномозговой грыжи.

Выявленные нарушения базового тонуса мышц тазовой диафрагмы являются существенным звеном в механизме развития недержания мочи с нарушением резервуарной и эвакуаторной функции МП. Нами разработана методика лечения детей с нарушением функции МП с использованием дриптана.

Детям старше 6 лет (51 пациент) назначали дриптан (оксибутинина гидрохлорид) по 5 мг два раза в день в течение месяца. Состояния функции МП и эффективность лечения оценивали по результатам объективного исследования больного, урофлоуметрии, ритма спонтанных мочеиспусканий, ультразвукового исследования МП с определением остаточной мочи. Применение дриптана в таблетках у 26 (50,9%) больных с незначительными нарушениями уродинамики нижних мочевых путей сопровождалось нормализацией показателей объемной скорости потока мочи и тонуса сократительной активности детрузора с восстановлением проходимости. У 19 (37,2%) детей отмечено существенное улучшение данных показателей и у 6 (11,9%) пациентов мочеиспускание полностью не восстановлено, хотя отмечалась тенденция к улучшению. У большинства больных количество мочеиспусканий за сутки сократилось с 16-14 до 6 раз, а также уменьшилась императивность позывов.

Заключение. Таким образом, у детей при миелодисплазии, в большинстве случаев, у 46 (69,6%) пациентов, имелись различные клинические формы недержания мочи: спастическая, с гипертонусом детрузора МП - у 20 (30,3%) больных, парадоксальная ишурия на фоне гипотонии детрузора - у 14 (21,2%) и стрессовое недержание - у 33 (50%) человек, что требовало специальной лечебной тактики.

Нарушение базового тонуса мышц тазовой диафрагмы является существенным звеном в механизме развития вышеописанных форм недержания мочи с нарушением резервуарной и эвакуаторной функции МП. При паралитической форме дисфункции МП базовый тонус мышц тазового дна снижается у 84,6% детей со спинномозговой грыжей, при спастической форме базовый тонус повышается у 65% детей с аномалией позвоночника.

Использование консервативных методов лечения ДМП в обеих группах больных в сочетании с дриптаном суммарно позволило получить у 28 (54,9%) детей хорошие, у 16 (31,4%) - удовлетворительные и у 7 (13,7%) больных - неудовлетворительные результаты.

Литература:

1. Абдуллаев К. И., Акперов Т. Р., Гусейнов Э Я. Лечение нейрогенных дисфункций мочевого пузыря у детей. // Азербайджанский медицинский журнал. - 2000. - № 4. - С. 46-48.
2. Абдурахманов Х.И., Казанская И.В., Ерьшев Л.Б. Влияние консервативного лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса на рост и размеры почек у детей. // Вопр. охр. мат. и дет. 1990.- № 3.- С. 43-45.
3. Аюбаев А. С., Кабдолжин К. Н., Жантелеева Л. А., Султангазина С. А. Рентгенопланиметрическая оценка состояния почечной паренхимы и обоснование выбора лечения при пузырно-мочеточниковом рефлюксе у детей. // Материалы II конгресса урологов РК.- Алматы. - 2000. - С. 227-228.
4. Вишневский Е.Л. Диагностика и лечение нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей. Педиатрия. - 1997. - № 3. - С. 27-30.
5. Джавад-Заде М. Д., Державин В. М., Вишневский Е. Л., Гусев Б. С. Диагностика урологических заболеваний у детей. // Л.: Медицина. Киев. - 1984. - С. 214.
6. Есырев О.В., Ващенко В.И., Смагулова З.Н. Механизм нейрогумаральной регуляции сократительной активности гладких мышц. // Материалы II съезда физиологов РК. - 1992. - С. 22-24.
7. Куражос Б.М., Коровина Н.А. О внутрипузырном давлении у детей. // В кн.: Урологические заболевания у детей. М. - 2003. - Т. II. - С. 56-5
8. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. // Детская урология. М. - 1986.- С. 242-252.
9. Червонцев В. П. Диагностика и лечение дисфункции мочевого пузыря у детей. // Методические рекомендации. - Киев. - 2007. - 26 с.
10. Юдин Я.Б., Ткаченко А.П., Валот-Фегель Н.В. Функциональное исследование мочевого пузыря как критерий выбора метода лечения / Вопросы охраны материнства и детства. - 199 - № 3.- С. 43-45.
11. Claude J. M., Faligaut B. W., Curkez L. stenoses uzethzales distales des perites tilles. // J. Ur - 1999. - Vol. 92. - № 8. - P. 137-154.
12. Dosmopressin response of enuret children. Effect of age freguency of enuresis. // Ar J. Dis. child. - 2003.- Vol. 310. - P. 902-963.
13. Foxman B., Valter R. B., Brook R. Childhood enuresis: prevalence impact prescrib treatment. // Pediatrics. - 2004. - Vol. 86. - № 2. - 470-477.

ВЛИЯНИЕ ГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ МИОМАТОЗНОЙ ТКАНИ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МАТКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Керималы кызы Майрам, Маматова А.Ш., Суманов Е.Е.
Национальный хирургический центр, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе изложены результаты исследований морфофункционального состояния матки кроликов на 20 и 30 дни после окончания 15 дневного внутримышечного введения в дозе 1 мг/кг массы тела, выделенных методом уксуснокислой экстракции из миоматозной ткани женщин, больных миомой. Показано, что выявленные морфологические изменения свидетельствуют о несостоятельности матки. Особо отметим, что в связи с отсутствием слизистой, в такой матке практически невозможна имплантация оплодотворенного яйца. Выявленные морфологические сдвиги сохраняются до 45-го дня опыта.

Ключевые слова: Миома матки, матка, пептид, морфофункциональное состояние, самки кроликов.

EFFECT OF MYOMATOUS TISSUE HUMORAL FACTORS ON MORPHOFUNCTIONAL CONDITION OF UTERUS IN EXPERIMENT

Kerimaly kyzy Mairam, Mamatova A. Sh., Sumanov E.E.
National surgical center, Bishkek city, Kyrgyz Republic

Resume. This work shows the results of investigations of morphofunctional state of rabbit's uterus on 20th - 30th day after 15 days of intramuscular injection of peptide fractions at the dose of 1 mg/kg body mass, released by the method of acetic acid extraction from myomatosis tissue of women with uterus myoma. It is shown that detected morphofunctional changes mark uterus insolvency. Because of the absence of mucous membrane it is impossible to implant fertilized ovum. Marked morphofunctional shifts are kept to 45th day of experiment.

Key words: myoma, uteri, peptide, morphofunctional state, rabbits.

ТАЖРЫЙБАДА ЖАТЫНДЫН МОРФОФУНКЦИОНАЛДЫК АБАЛЫНА МИОМАТОЗ ТКАНЫНЫН ГУМОРАЛДЫК ФАКТОРЛОРУНУН ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Керималы кызы Майрам, Маматова А.Ш., Суманов Е.Е.
Улуттук хирургия борбору, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул эмгекте миома менен ооруган аялдардын миоматоз тканынан уксус-кислоталык экстракция ыкмасы аркылуу бөлүнүп чыгарылган пептид фракцияларды дене салмагына 1 мг/кг өлчөмүндө тери астына 15 күн куйгандан кийин 20-жана 30-күндөрү коёндор жатындарынын морфофункционалдык абалынын изилдөөлөрүнүн жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Аныкталган морфофункционалдык өзгөрүүлөр жатындын кызматын аткара албастыгы жөнүндө далилдейт. Мындай жатында былжыр челинин жоктугуна байланыштуу урукталган жумуртканын бекилишинин мүмкүн эместигин өзгөчө белгилейбиз. Аныкталган морфологиялык жылыштар тажрыйбанын 45 күнүнө чейин сакталат.

Негизги сөздөр: жатын миомасы, жатын, пептид, морфофункционалдык абал, коён ургаачылыры.

Введение. Несмотря на крупные достижения в лечении миомы матки [2], актуальность этой проблемы в современной медицине всё еще велика [1]. С каждым годом число женщин, больных миомой матки возрастает [4]. Причём, эта патология формируется в основном у женщин

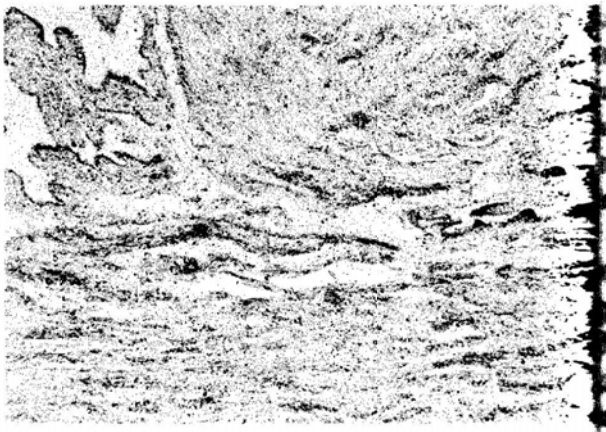
репродуктивного возраста [3]. Во многом это связано с отсутствием возможности в эксперименте моделировать миому матки у животных.

Целью исследования явилось изучение морфофункционального состояния матки самок кроликов на 20 и 30 дни после окончания 15 дневного внутримышечного введения гуморальных факторов, выделенных методом уксуснокислой экстракции из миоматозной ткани женщин, больных миомой матки.

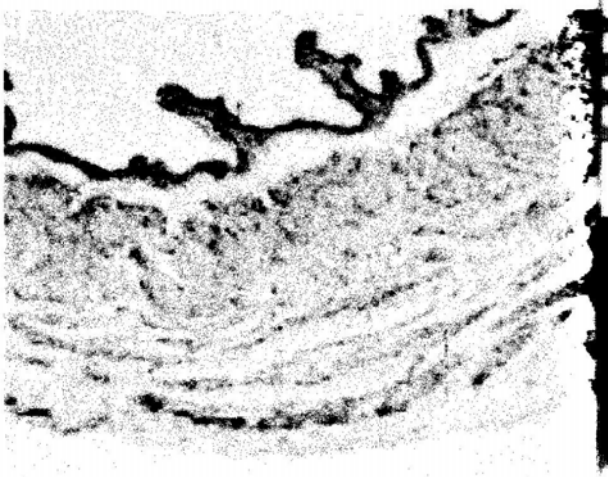
Материалы и методы исследования. Исследования проведены в весенний период 2010 г. на 15 беспородных кроликах самках, массой от 2 до 3 кг. Все животные до экспериментов содержались в виварии не менее 2 недель, где они находились на обычном рационе, утверждённом ГОСТом, для кормления животных. Обследование морфофункционального состояния матки проводили до опытов (фон), на 20 и 30 дни опыта после окончания 15 дневного введения. Пептидные фракции 1 и 2 в наших опытах 10 животным вводились внутримышечно в дозе 1 мг/кг массы тела. Перед введением пептидные фракции разводились в стерильном физиологическом растворе. Препараты вводились 1 раз в сутки в течение 15 дней. В качестве контроля 5 животным в таком же объёме вводился стерильный 0,9 % раствор хлорида натрия в те же сроки. Морфофункциональное состояние матки изучали на гистологических срезах после окраски гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону.

Результаты и обсуждение. На 20-й день после окончания 15-ти дневного внутримышечного введения первой фракции на срезах сосочки матки грубые, эпителий атрофичный, сглаженный. В отдельных полях зрения стенка матки вообще не содержит слизистой. Железы в слизистой отсутствуют. Атрофические процессы выражены резко и значительно сужен просвет матки. На отдельных участках стенки матки соприкасаются между собой и сращены друг с другом. Имеется гистиолимфоцитарная реакция, которую мы оцениваем как реакцию отторжения. Фаза секреции в слизистой совершенно не выражена. Среди мышечных волокон миометрия интенсивно разрастается соединительная ткань, то есть мышечная стенка матки кроликов имеет признаки фиброза.

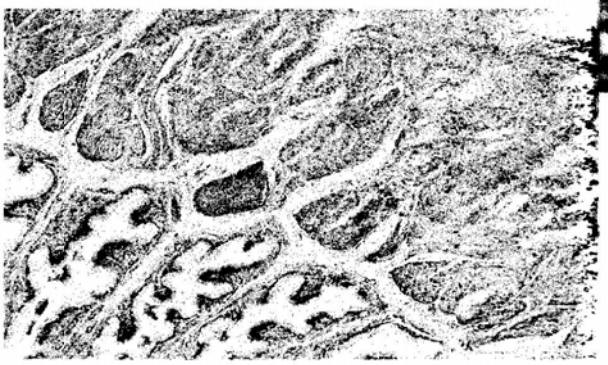
На 35-й день после введения второй фракции гистологическая картина выявляет низкие единичные грубые сосочки с гиалинозом стромы. Имеется фиброз мышечного слоя и атрофия подслизистого слоя. Признаков фазы секреции нет. Также отсутствуют иммунные морфологические сдвиги. Выражена гиповаскуляризация подслизистого слоя. Просвет матки резко



Микрофото 1. Матка кролика на 20-й день после окончания 15-ти дневного внутримышечного введения первой фракции.



Микрофото 2. Матка кролика на 20-й день после окончания 15-ти дневного внутримышечного введения второй фракции.



Микрофото 3. Матка кролика на 30-й день после окончания 15-ти дневного внутримышечного введения первой фракции.

[illegible] на отдельных участках стенка матки имеет [illegible] "облысения". Края "облысевших" участков [illegible] матки соприкасаются и сращены между [illegible] Ворсинки обездвижены. На отдельных [illegible]ках слизистой имеется десквамация эпите[illegible]. Даже на 20-й день после 15-ти дневного [illegible]ения этого пептида матка кроликов не вос[illegible]авливается. Таким образом, на этот срок [illegible] матка индифферентна и не отвечает на [illegible]нальные воздействия, что свидетельству[illegible] гипофункции яичников.

[illegible] 45-й день опыта у животных получавших [illegible]цию 1 полость матки полностью облитери[illegible]. Матка в целом уменьшена в размере. [illegible]ие сосочки сращены между собой. На от[illegible]ных участках стенки матки сращены между [illegible] настолько, что представляют собой еди[illegible] конгломерат. Сосочки грубые и сращены [illegible]у собой. Выражена десквамация эпителия. [illegible]истый слой незначительно отечен. Гемоди[illegible]ческих нарушений нет, сосуды не полнок[illegible]ные и хорошо просматриваются в виде уз[illegible]елей. Мышечный слой атрофичный и отеч[illegible]

Микрофото 4. Матка кролика на 30-й день после окончания 15-ти дневного [illegible]утримышечного введения второй фракции.

На 45-й день опыта у животных, получавших фракцию 2, на препаратах выявляется резкая атрофия подслизистого слоя и отсутствие кровеносных и лимфатических сосудов. На тех участках, где имеются сосуды, они расширены и полнокровны. Имеются выраженные очаги пролиферации слизистой. В этих местах клетки эпителия содержат большое количество вакуолей. На препаратах выражены признаки секреции, сочетающиеся с участками выраженной десквамации эпителия. В мышечном слое волокна настолько атрофичны, что отдельные мышечные волокна находятся в стадии распада. Каждое поле зрения при просмотре содержит "облысевшие" участки слизистой полости матки. Таким образом, эти морфологические сдвиги свидетельствуют о том, что к 45-у дню опыта матка кроликов в норму не приходит.

Заключение. Таким образом, на 35 день после окончания 15 дневного внутримышечного введения первой пептидной фракции в матке выявляется атрофия слизистой, фиброз мышечного слоя. После введения второй пептидной фракции усиливается фиброз матки и суживается её просвет. У животных, получавших первую пептидную фракцию, на 45 день опыта отмечается выраженная пролиферация желёз в строму ворсинок и в подслизистый слой. После введения второй фракции на этот срок наблюдений выявляются в стенке матки признаки аденоматоза, приводящие к гиперпластическим процессам.

Литература:

1.Вихляева Е.М. Миома матки. / Василевская Л.Н. // -М.: Медицина. -1981. -159 С.

2.Доброхотова Ю.Э. Опыт применения препарата золадекс в лечении больных миомой матки. /Макаров О.В., Чернышенко Т.А. // Гинекология. -2000. -№1. -С. 5.

3.Кац Е.И. О клинико-патологических вариантах роста и развития миомы матки. /Дондукова Т.М. // Акушерство и гинекология. -1980. -№1. -С. 21-23.

4.Рыжова О.В. Роль факторов роста в патогенезе миомы матки. /Сидорова И.С. //Акушерство и гинекология. -2002. -№1. -С. 12-13.

АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСА О ЗНАЧЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ НА ПРИМЕРЕ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ КОЖИ

Казакова А.В.
Клиника "Жан", г. Алматы

Резюме. Исследование пациентов с рубцовыми деформациями кожи с помощью опросника MOS SF-36 позволяет сделать вывод о том, что патологическое рубцевание оказывают отрицательное влияние не только на физиологические параметры (в виде образования рубцовых контрактур и ограничения движений), но и на важнейшие функции больного - его физическое, психологическое, эмоциональное и социальное функционирование.

Resume. Study of patients with cicatricial deformities of the skin by means of questionnaire MOS SF-36 suggests that the pathological scarring have a negative impact not only on physiological parameters (in the form of scar contractures and limitation of movement), but also on the essential functions of the patient - his physical , psychological, emotional and social functioning.

Гуманизация медицины, интеграционные процессы в науках о человеке, выдвигающие на первый план необходимость комплексного подхода и разработки принципов практической его реализации, стали основополагающими для появления понятия "качество жизни" в исследованиях здоровья населения. Концепция качества жизни в последние десятилетия существенно изменила исследовательскую и практическую ориентацию всей работы, проводимой в области охраны здоровья населения.

Она позволила вернуться на новом витке эволюции к важнейшему принципу клинической практики: "лечить не болезнь, а больного". В соответствии с новой парадигмой качество жизни больного является одной из главных целей лечения.

За прошедшие годы создана обширная научная библиотека литературы по проблематике качества жизни, которая показывает, что исследования качества жизни проводятся в двух направлениях: на базе объективных условий жизни и на основе изучения степени удовлетворенности жизнью самими субъектами.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в конце 70-х годов прошлого века провозгласила, что основной социальной целью правительств всех государств-членов этой организации в предстоящие десятилетия должно стать достижение всеми гражданами к 2000 году "такого уровня здоровья, который позволит им вести продуктивную в социальном и экономическом плане жизнь".

Однако, медицинское понятие качества жизни включает в себя прежде всего те показатели, которые связаны с состоянием здоровья человека. То есть, под медицинскими аспектами качества жизни следует понимать влияние проявлений самого заболевания и ограничение функциональной способности, которые наступают в результате заболевания, а также влияние лечения на повседневную жизнедеятельность больного.

Измерение качества жизни основывается на субъективной оценке пациентом уровня своего благополучия в физическом, психическом, социальном и экономическом отношениях. Все эти компоненты качества жизни могут быть измерены отдельно или в целом с помощью различных анкет, тестов, шкал, индексов.

В настоящее время усилия специалистов медицины направлены не только на увеличение продолжительности жизни больного, но и на улучшение качества жизни. Именно, поэтому, исследование качества жизни больных с рубцовыми деформациями кожи играет важную роль. Большое количество людей страдает от различных повреждений кожи, приводящих к развитию ее рубцовых изменений. Наибольшие проблемы создают рубцы, локализующиеся на эстетически значимых участках головы и тела, особенно на лице, что в значительной мере сказывается на снижение качества жизни этих пациентов. Рубцы - это "заплатки" на коже выздоровевшего человека, который остается с ними на всю оставшуюся жизнь. Рубцы на лице, открытых уча-

тела для молодых людей, особенно женщин - большая душевная драма. Так, очень распространенное заболевание лиц молодого возраста - акне, по данным литературы, приблизительно в 50% случаев оставляет после себя гипертрофические рубцы, разной глубины и размеров. На кожу с такими рубцам невозможно нанести макияж или как-то их закомуфлировать - их видимость от этого даже усиливается.

Наибольшую проблему представляют собой келоидные рубцы, так как они имеют склонность к разрастанию рубцовой ткани во всех направлениях и беспокоят пациентов не только своим неэстетическим видом, но зудом и парестезиями в области рубца. Проблема келоидных рубцов является чрезвычайно актуальной еще и, в связи с тем, что процентное число обратившихся с келоидными рубцами пациентов неуклонно увеличивается. Так, по данным разных авторов - от 12 до 19 %, всего количества обратившихся в лечебные учреждения с рубцами, страдают келоидными рубцами. На долю женщин приходится около 85%. Эти люди чувствуют себя ущербными, отсюда их закомплексованность, эмоциональная неуравновешенность.

Особую группу представляют пациенты, перенесшие ожоговую травму. Избавление от физических страданий не устраняет тяжелых моральных страданий из-за ощущения своей неполноценности. Несомненно, что при ведении таких больных из всех лечебных мероприятий именно эстетическая коррекция рубцовых изменений кожи приобретает ведущее значение

Опросник MOS SF-36 является наиболее распространенным общим опросником изучения качества жизни, широко применяющимся в популяционных и специальных исследованиях качества жизни. Он состоит из 36 вопросов и включает 8 шкал:

I. Физическое функционирование (PF)
II. Ролевое (физическое) функционирование (RP)
III. Боль (P)
IV. Общее здоровье (GH)
V. Жизнеспособность (VT)
VI. Социальное функционирование (SF)
VII. Эмоциональное функционирование (RF)
VIII. Психологическое здоровье (MH).

Все шкалы опросника объединены в два суммарных измерения - физический компонент здоровья (1 - 4 шкалы) и психологический (5 - 8 шкалы). Количество вопросов в каждой из шкал опросника варьирует от 2 до 10, на каждый вопрос предполагаются различные варианты ответов.

Исследование пациентов с рубцовыми деформациями кожи с помощью опросника MOS SF-36 позволяет сделать вывод о том, что патологическое рубцевание оказывают отрицательное влияние не только на физиологические параметры (в виде образования рубцовых контрактур и ограничения движений), но и на важнейшие функции больного - его физическое, психологическое, эмоциональное и социальное функционирование. При этом, вышеназванные изменения могут быть выявлены и измерены с помощью оценки показателей качества жизни больного, которое является ценным инструментом при определении влияния заболевания на физическое, психологическое и социальное функционирование больного.

Нами также установлено, что при сравнении показателей качества жизни у больных с рубцовыми деформациями кожи, которые подвергались тем или иным видам коррекции, таким как хирургическое лечение, либо лечение консервативными методами, и имеющих положительный эффект, и пациентов с патологическим рубцеванием, отказавшихся от коррекции, либо не имеющих на это средств, отмечается значительная разница в показателях качества жизни, особенно, при оценке психологического здоровья (3,2 и 35,7 баллов).

Таким образом, оценка качества жизни (на примере больных с рубцовыми деформациями кожи) является адекватным показателем для проведения долгосрочного мониторинга параметров качества жизни, связанного со здоровьем, целью которого является планирование и коррекция программы лечения больного и обеспечение эффективного контроля качества медицинской и социальной помощи.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.

Н.М.Алдашева
Кыргызско-Российский Славянский Университет, кафедра педиатрии

Резюме. В структуре врожденных пороков сердца у детей раннего возраста превалируют комбинированные и сложные пороки с высоким уровнем летальности, что свидетельствует о необходимости повышения оперативной активности среди пациентов данной возрастной группы.
Ключевые слова: Врожденные пороки сердца, врожденные пороки развития, дети

БОБОКТОРДУН АРАСЫНДА ТАРАЛГАН ЖУРОКТУН ТУБАСА КЕМТИКТЕРИНИН ОЗГОЧОЛУГУ

Кортунду. Өмүргө коркунуч келтирген айкалышкан жана татаал кемтиктер бөбөктөрдүн жалпы жүрөктүн тубаса кемтиктеринин түзүмүндө басамдуулук кылат, андыктан аталган курактагы пациенттердин арасында оперативдик активдүүлүктүн деңгээлин жогорулатуу зарыл.
Өзөктүү сөздөр: жүрөктүн тубаса кемтиктери, өсүп-жетилүүнүн тубаса кемтиктери, бөбөктөр

CONGENITAL HEART DISEASE IN THE INFANTS

Resume. In the structure of congenital heart disease in the infants the combined and complicated heart defects with high level of lethality are prevailed. It is required the increase of the surgery activity among the patients of this age group.
Key words: congenital heart diseases, congenital anomaly, children

Введение. Врожденные пороки сердца (ВПС) - наиболее распространенный порок развития, с частотой примерно 8-10 на 1000 живых рождений [1]. По данным Министерства Здравоохранения в Кыргызстане ежегодно рождается более 1500 детей с врожденными пороками сердца. Они представляют собой весьма обширную и разнородную группу заболеваний, в которую входят как относительно легкие формы, так и состояния, несовместимые с жизнью ребенка. Естественная летальность при всех ВПС у детей составляет 40 %. Большинство больных умирают на первом году жизни, а 70 % из них - в первые месяцы жизни [2,3]. Частота отдельных нозологических форм может колебаться в различные возрастные периоды. Так у детей первого года жизни из-за большей распространенности тяжелых ВПС реже встречаются открытый артериальный проток (ОАП), стеноз легочной артерии, стеноз аорты. И, наоборот, с увеличением возраста меньше остается в живых детей со сложными и комбинированными пороками [4]. Сведения о структуре ВПС в возрастном аспекте необходимы для оптимизации оказания специализированной помощи новорожденным и детям первых лет жизни с ВПС.

Целью нашей работы явилось изучение нозологического спектра ВПС у детей первого года жизни.

Материал и методы. Материалом исследования явились 109 детей с ВПС от 0 до 12месяцев находившихся на стационарном лечении в городской детской клинической больнице скорой медицинской помощи. Всем им было проведено комплексное клинико-функциональное обследование, включающее подробное изучение анамнеза, включая перинатальный, клинический осмотр, ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки. Диагноз ВПС был подтвержден ЭХО- и допплерКГ, а в случае смерти пациента данными патолого-анатомического исследования.

Результаты и их обсуждение. Структура ВПС среди обследованных детей распределя-

[illegible] следующим образом. Доминировал среди [illegible] дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), он был выявлен у 36 детей (33,0%). [illegible] по частоте пороком был дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), он обнаружен у 18 детей (16,5 %). ОАП выявлен у 8 детей [illegible]. Комбинированные пороки наблюдались в 21 случае (19,3%). Наиболее часто при [illegible] отмечалось сочетание ДМЖП с ДМПП - 8 случаев (7,3%), в 8 случаях ОАП сочетался с ДМЖП или с ДМПП. Реже наблюдалось сочетание ДМПП со стенозом легочной артерии, [illegible]ным аномальным дренажем легочных вен [illegible] 2 случая (1,8%). Сложные пороки были выявлены у 19 детей (17,4%), из них тетрада Фалло - в 8 случаях (7,3%). Далее по мере убывания встречались трех- и 2-х камерное сердце ([illegible] случая), транспозиция магистральных сосудов ([illegible] случая), единый желудочек (2 случая), общий артериальный ствол (2 случая). В 23 случаях ([illegible]) ВПС выявлялся в составе множественных врожденных пороков развития (МВПР), в [illegible] случаях (12,8%), порок сердца сопровождался стигмы дисэмбриогенеза, в том числе и малые аномалии сердца в виде открытого овального окна, дополнительной хорды или пролапса митрального клапана. Наиболее часто ВПС сочетался с дефектом нервной трубки - в 5 случаях (4,6%). В 4 случаях (3,7%) порок сердца сочетался с атрезией ануса, в 3 (2,8%) - с аномалиями челюстно-лицевого аппарата. Одинаково часто наблюдались сочетание ВПС с атрезией пищевода, пороками легких и мочевыделительной системы - по 2 случая (1,8%). В 5 случаях ([illegible]4,6%) имело место вовлечение пороков более 2 систем. У 7 детей с ВПС (6,4%) имел место синдром Дауна. Причем в этих случаях чаще наблюдался ДМПП (71,4%). Из пороков сердца в составе МВПР наиболее часто встречался ДМЖП - 65,2%, далее следуют ДМПП -21,7%. Реже наблюдалось сочетание экстракардиальных пороков развития с аномалиями положения сердца и полным отсутствием перегородки в виде 3-камерного сердца. Высокий уровень стигматизации был характерен для больных с ОАП. Среди новорожденных с ВПС, умерших в первые недели жизни, в 41,2% случаев порок сердца сочетался с экстракардиальными пороками развития. Таким образом, врожденные пороки развития (ВПР) в сочетании с ВПС, даже с вполне курабельными формами имеют неблагоприятный прогноз в отношении жизни этих пациентов. Это диктует необходимость раннего выявления ВПС у пациентов с ВПР и проведения соответствующей коррекции в тактике лечения и ведения таких больных. В структуре ВПС у детей раннего возраста превалируют комбинированные и сложные пороки сердца с высоким уровнем летальности, что требует повышения оперативной активности среди пациентов данной возрастной группы.

Литература:

1. Botto L.D., Corea A. Decreasing the burden of congenital heart anomalies: an epidemiologic evaluation of risk factors and survival // Prog Pediatr Cardiol.- 2003.- Vol. 18.- P. 111-121
2. Шарыкин А.С. Врожденные пороки сердца.- Москва:Теремок,2005.-381с.
3. Клименко Т.М. Результаты помощи новорожденным с врожденными пороками сердца в условиях перинатального центра. // Здоровье ребенка/ неонатология.-2007, Т. 6,- № 3.- С.36-37
4. Белоконь Н.А., Подзолков В.П. Врожденные пороки сердца.- Москва "Медицина".-1991.-351с.

8-Й МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО ГОРНОЙ МЕДИЦИНЕ И ФИЗИОЛОГИИ В АРЕГИПЕ, ПЕРУ.

Д. В. Винников
кандидат медицинских наук. ассистент кафедры госпитальной терапии КГМА, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Публикация рассказывает о прошедшем в августе 2010 года в г. Арегипа (Пер восьмом международном конгрессе по горной медицине и физиологии. В статье представлен основные направления и темы докладов, фамилии докладчиков, а также подробнее освещены н которые тематические аспекты представленных лекций.

СЕГИЗИНЧИ ЭЛАРАЛЫК ТОО МЕДИЦИНА ЖАНА ФИЗИОЛОГИЯ БОЮНЧА КОНГРЕСС

Корутунду. Бул публикация 2010 ж. августта Арегипа шаарында (Перу) сегизинчи Эларалык То Медицина жана Физиология боюнча конгресс жонундо айтып берет. Бул статьяда докладтарды негизги багыттары жана темалары, жана докладтарды бергендердин Аты-жондору корсотулго Жана коргозулгон лекциялардын кеебир тематикалык аспекттери кобуроок ачылган.

8THE WORLD CONGRESS ON HIGH ALTITUDE MEDICINE AND BIOLOGY IN AREQUIPA, PERU

D. V. VINNIKOV
Department of internal diseases, Kyrgyz State Medical Academy

Summary. This publication is about the 8th World congress on high altitude medicine and biology, which w held in Arequipa (Peru) in August 2010. The current paper presents major hot topics and most outstandi presentations along with their presenters. It also highlights certain thematic aspects of selected lectures for gene audience.

Ведение. С 8 по 12 августа 2010 года в городе Арегипа (Перу) состоялся 8-й международный конгресс по горной медицине и физиологии. Конгресс был посвящен имени выдающего перуанского ученого в области горной медицины - профессора Карлоса Монге Кассинелли, чьим именем названа хроническая горная болезнь. Как отметила президент конгресса профессор Fabiola Leon-Velarde, вопросы хронической горной болезни имеют огромное значение для большинства постоянных жителей горных регионов. В конгрессе приняли участие 310 участников, в числе которых более 280 - члены Международного общества горной медицины (МОГМ). Эта организация традиционно проводит конгрессы общества, ранее - один раз в четыре года, а в последнее время - один раз в два года. Город Арегипа неслучайно принял участников в этом году, так как сам город располож на высоте 2300 метров над уровнем моря, а и следования перуанских ученых в области го ной медицины занимают достойное место в ря исследований высокого качества в данной о ласти. Город окружен двумя прекрасными ве шинами - Мисти (высота 5825 метров) и Ча ни (6075 метров). Большая часть населения пр живает в условиях высокогорья, а количест туристов, посещающих Перу ежегодно, исчи ляется огромными цифрами. Большинство тур стов приезжают полюбоваться памятника цивилизации инков, например, посмотреть г род Куско (высота 3400 метров) и Мачу-Пик В Перу имеется развитая добывающая промы ленность с рудниками на больших высотах. Б годаря активной работе по подготовке конгре са со стороны МОГМ в первую очередь, ко

смогли посетить ученые и практики из США, Великобритании, Китая, Японии, Аргентины, Кыргызстана и других стран.

Научная тематика включала теоретические вопросы горной адаптации и дезадаптации: молекулярный ответ на гипоксию, роль и участие генов в горной адаптации, вопросы сна и особенно - профилактики нарушений сна на высокогорье, молекулярные механизмы острой горной болезни, регуляция дыхания, функционирование легких и мозга на высокогорье, хроническую горную болезнь, тренировки спортсменов на высокогорье, работа высокогорных шахт и другие вопросы. Особое место в дискуссиях занимали вопросы работы на высокогорье. Так, в ряде стран, в первую очередь, Перу, имеется несколько предприятий, ведущих работу на высотах 4500 метров и более. Их опыт мог быть очень полезным для золотодобывающих компаний Кыргызстана.

Научная программа всех дней конгресса проходила по двум одновременным программам. В первый день первая программа была посвящена клеточным основам гипоксии и гипоксического ответа, а вторая программа - вопросам сна на высокогорье. Профессор Levy из Франции представил доклад на тему "Интермиттирующая гипоксия, симпатическая активация и ремоделирование сосудов: данные по лабораторным животным и у человека". Далее профессор Bloch из Швейцарии доложил последние данные об особенностях сна и дыхания во время сна на больших высотах. В своем докладе он затронул вопросы остановки сна, методах наблюдения за альпинистами при подъеме на большие высоты, а также результаты своей экспедиции по изучению сна в Монголии. Далее профессор Poulin (Канада) с докладом "Физиологический ответ на интермиттирующую гипоксию у здоровых добровольцев: возможность развития обструктивного апное сна" и профессор Prabhakar (США) продолжили работу, посвященную вопросам сна на высокогорье. Особого внимания заслуживало сообщение ученого Моуа о временной зависимости экспрессии эндотелиальной NO-синтазы в каротидном теле мышей, подверженных действию интермиттирующей гипоксии. Во всех докладах было показано, что на высокогорье имеются выраженные нарушения как цикличности, так и качества сна, которые пропорциональны высоте, и их изучение представляет собой интересную научную задачу.

В секции "Острые горные болезни и их клеточные механизмы" было заявлено 4 доклада: профессор Naeije (Бельгия) сообщил свои данные об индуцируемой высокогорьем правожелудочковой недостаточности; президент МОГМ Maggiorini представил сообщение "Высокогорный отек легких: патофизиология, клиническая картина, лечение и профилактика", в котором указывалось, что лечение отека легких, как и ранее, сводится к немедленному спуску, даче кислорода, ингибиторов фосфодиэстеразы-5, блокаторов кальциевых каналов (нифедипин) и, возможно, антагонистов эндотелиновых рецепторов (босентан). Профессор Scherrer из Швейцарии в своем докладе "Избыточная, вызванная гипоксией легочная гипертензия: механизмы и предрасполагающие факторы" представил данные о содержании и выработке оксида азота эндотелием на разных высотах, уровне и активности эндотелина.

Второй день работы конгресса был посвящен хронической горной болезни. Ученые из Перу доложили о вентиляторном ответе при хронической горной болезни, леченной ацетазоламидом. Напомним, что определение, диагностика и лечение хронической горной болезни были выработаны и опубликованы на одном из прошлых конгрессов. В данном форуме внимание было уделено избыточному эритроцитозу как начальной форме хронической горной болезни. Так, избыточный эритроцитоз есть клинический синдром, преимущественно возникающий у молодых мужчин в возрасте 18-25 лет при продолжительном воздействии высокогорья (особенно 3600-4100 метров) или проживании на такой высоте и характеризуется высоким содержанием гемоглобина в крови (более 183 г/л), гиповентиляцией и легкой или умеренной гипоксемией. При этом синдроме, помимо изменений крови, возникают типичные нарушения вентиляции: несмотря на нормальную форму кривой "поток-объем" при спирометрии отмечается снижение МОС при остающихся 25% ФЖЕЛ (МОС25 или FEF75). Определенное внимание было уделено применению ацетазоламида с лечебной целью при избыточном эритроцитозе. Так, этот препарат снижает выраженность периодического дыхания во сне - приводит к по-

вышению SaO2, ингибирует карбоангидразу крови - способствует сдвигу pH крови в щелочную сторону и улучшает кроток в мозге, что в свою очередь приводит к снижению PaCO2, а ингибирование карбоангидразы почек приводит к метаболическому ацидозу, что все в итоге способствует повышению SaO2 и снижению избыточного эритроцитоза.

В этой же секции интересным был доклад профессора Li из Китая о вазоактивных маркерах при хронической горной болезни. В последние годы отмечается рост интереса к этой проблеме, в исследованиях в Китае был продемонстрирован выраженный сдвиг в содержании определенных маркеров: рост BNP и VEFG. Профессор Алдашев (Кыргызстан) представил собственные данные о высотной легочной гипертензии у жителей высокогорья Тянь-Шаня и Памира. Так, у здоровых жителей высокогорья в сравнении с имеющими высотную легочную гипертензию, отмечено более высокое содержание NO в выдыхаемом воздухе, что говорит, скорее всего, о его усиленном образовании. Этот медиатор обладает, как известно, выраженными вазодилатирующими свойствами, особенно в отношении легочной артерии. Развитие высотной легочной гипертензии, таким образом, связано с усиленной продукцией эндотелина-1 и сниженной продукцией NO, а увеличение уровня эндотелина-1 в крови связано с аллелем 4А гена синтеза эндотелина.

В этой же секции Julian Colleen доложила о взаимосвязи между перинатальной гипоксией и нарушением дыхания во время сна при доклинической хронической горной болезни, затем Lorenza Pratali - об избыточной, вызванной физическим усилием, легочной гипертензии, приводящей к накоплению воды в легких и правожелудочковой дисфункции и пациентов с хронической горной болезнью, а Bao - о своей работе по изучению результатов КТ-исследования у пациентов с тем же заболеванием. Послеобеденные заседания в этот день были посвящены спорту и тренировкам на высокогорье: профессор Wagner представил доклад на тему "Лактатный парадокс", Hans Hoppeler (Швейцария) - "Мышечный ответ на проживание и физическое усилие при гипоксии", Jean Paul Richalet (Франция) - "Живи высоко, занимайся внизу".

Завершила работу дня секция "Мой пациент на высокогорье", которая имела выраженный клинический аспект. Презентации в этой секции в основном сводились к патологии почек на высоте, течению астмы и ХОБЛ, а также болезней сердечно-сосудистой системы. Профессор Annalisa Cogo доложила о течении болезней органов дыхания в горах, особенностях горного климата, которые имеют прямое отношение к болезням органов дыхания. Так, на примере достаточного количества исследований за последние 20 лет было показано, что краткосрочное пребывание на высотах 1600-2000 метров больных астмой способствует улучшению спирометрических показателей и снижению бронхиальной гиперреактивности, вызванной нагрузкой, метахолином и аллергенами. Вероятно, это связано со снижением пыльцевой нагрузки, количества загрязнителей и клещей. В комплексе это способствует подавлению хронического воспалительного процесса в дыхательных путях. Что же касается высот более 2000 метров, то здесь сведения о течении болезни противоречивы. В большинстве случаев данные о больных астмой взяты из лабораторных исследований, не в результате реального пребывания на высоте. В этом случае уместно вспомнить работы Бримкулова Н. Н. (Кыргызстан), в которых было показано, что течение астмы на высоте 3200 метров значительно улучшается, в том числе за счет повышения продукции эндогенного кортизола. Несмотря на малое количество исследований и участвовавших в них пациентов, имеется ряд сообщений об улучшении функции легких у больных астмой на высотах более 3500 метров: в одном из исследований больных легкой астмой при увеличении высоты снижение ОФВ1 при вдыхании гиперосмолярного раствора было меньше. Также пороговая доза метахолина в метахолиновом тесте была больше. В другом исследовании оценивали течение астмы (спирометрия, клиническая картина, симптомы острой горной болезни) у больных астмой в сравнении со здоровыми при подъеме на гору Килиманджаро (5985 метров): по всем показателям не было обнаружено различий. Авторы также сделали вывод, что пациенты со стабильной астмой не отличаются от здоровых лиц по риску возникновения острых состояний. В целом, пациентам с астмой путешествие на высокогорье не противопоказано, однако в горах они долж-

продолжать обычное лечение и всегда иметь бронхорасширяющие препараты с собой. Что касается степени тяжести, то пациенты с интермиттирующей астмой могут подниматься на высоты до 5000 метров; а пациенты с умеренной или тяжелой астмой не должны подниматься на высоты более 3000-3500 метров. Перед физической нагрузкой на высокогорье пациенты должны принять дополнительную дозу препарата. Так же, как и на уровне моря в плохую погоду, пациенты должны приложить все усилия к защите дыхательных путей от холодного воздуха и ветра. И, конечно же, нельзя забывать о повышенном риске инфекции верхних дыхательных путей у таких пациентов.

В третий день конгресса работа шла в двух направлениях - в первом освещались вопросы репродуктивного здоровья на высокогорье (доклады "Как плацента адаптируется к высокогорью" - Martha Tissot van Patot, "Рост на высоте: гипоксия и бедность" - Luis Huicho (Перу)). Во второй - обсуждались вопросы экспедиций на высокогорье и медицина спасения. Так, Tobias Merz, имеющий огромный опыт восхождения на большие высоты и сопровождения альпинистов в горах в качестве врача, представил сообщение "Мониторирование и ведение острой горной болезни во время восхождений", а Marco Maggiorini - "Мониторирование и ведение высокогорного отека легких во время восхождений". В этом докладе тот указывал, что при постановке диагноза высокогорного отека легких пациенту необходимо дать кислород (6-7 литров в минуту), нифедипин 20 мг или силденафил 50 мг каждые 8 часов. Необходимо с самого начала срочно рассмотреть возможность спуска на высоту менее 1000 метров. При наличии еще и симптомов острой горной болезни нужно дать дексаметазон - сначала 8 мг, затем по 4 мг каждые 6 часов. При этом с целью профилактики каждый поднимающийся в горы должен быть обязательно тщательно опрошен о предыдущих подъемах в горы и особенно эпизодов отека легких ранее в горах. Клиническая картина отека легких в горах складывается из слабости, резкого уменьшения дистанции, которую альпинист проходит каждый час, тахикардии, ортопное, цианоза и лихорадки. Диагностика этого состояния основана на аускультации легких (влажные хрипы и/или свистящее дыхание) и по возможности на ультразвуковом исследовании грудной клетки.

Peter Hackett (США) в той же секции рассказал о типичных повреждениях мозга при восхождении на большие высоты. Интересным был доклад Patrick Levy об изменения климата на больших высотах в Гималаях. С начала наблюдений с начала прошлого века отмечается медленное, но постоянное повышение температуры в Гималаях, с чем ученые и связывают изменение рельефа в горах - зарегистрировано таяние отдельных ледников на относительно малых высотах. Бурную дискуссию вызвали такие темы для всеобщего обсуждения, как использование и злоупотребление дексаметазоном, вазодилататорами и другими препаратами в горах. Президент ICAR MEDCOM из Австрии доктор Fidel Elsensohn рассказал об общей структуре травм в горах, а последующий доклад Inigo Soteras из Испании вызвал особый интерес у спасателей - он рассказал о рекомендуемых стандартах оснащения вертолетных бригад при проведении горноспасательных операций. Последующие сообщения касались гипотермии и обморожений в горах (Ken Zafren, США), иммобилизации и наложения шин в горах (John Ellerton, Великобритания), переломов и смещений костных отломков при проведении спасательных работ (Theoharis Sinifakoulis, Греция), использовании нового неинвазивного метода мониторирования внутренней температуры тела (Hanns-Christian Gunga, Германия), а также медицины лавин (Hermann Brugger, Италия).

Наряду с МОГМ, в организации конгресса большую роль сыграли Католический университет Санта Марии и Национальный университет Святого Августина. Все желающие специалисты в области горной медицины могут стать членами МОГМ и иметь полный доступ к информации по вопросам горной медицины, принимать участие в аналогичных конгрессах. На Интернет-сайте компании можно не просто зарегистрироваться, но и скачать все презентации состоявшегося конгресса по адресу www.ismmed.org. Следующий конгресс общества пройдет в Тайване в 2012 году, после чего в 2014 конгресс состоится в Болсано (Италия). Общество также провело заседание исполнительного комитета, на котором решались вопросы увеличения количества членов общества, то есть его расширения, а также внесения изменений в ус-

тав. Был избран новый президент общества, согласно уставу, и 5 вице-президентов.

Отличительной чертой данного конгресса было то, что в его работе приняли активное участие спасательные гонные организации Европы. Специально было проведенное практическое заседание о работе вертолетных служб спасения в горах, вызвавшего большой интерес участников. По предварительной записи для участников также организацией ICAR были организованы практические занятия по лечению травм при проведении спасательных операций, иммобилизации и наложению шин на горе Мисти. Из Кыргызстана было представлено 2 доклада. В секции хронической горной болезни выступил профессор Алдашев с лекцией на тему "Высотная легочная гипертензия у кыргызских жителей Тянь-Шаня и Памира". Также был представлен стендовый доклад об измерении уровня выдыхаемого оксида азота у работников Кумтор Оперейтинг Компани (авторы Винников Д. В., Бримкулов Н. Н., Реддинг-Джонс Р.)

В целом, как отметили участники конгресса на последнем заседании, несмотря на то, что представители некоторых горных стран не смогли в полном объеме участвовать в заседаниях, работу конгресса можно признать очень успешной.

ПРАВО НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ.

Колопов А.С.
(Заведующий отделом Аппарата Омбудсмена Кыргызской Республики).

Обеспечение прав граждан Кыргызской Республики на охрану здоровья является первостепенной задачей государства. Право на здоровье тесно взаимосвязано с другими правами и в значительной степени зависит от реализации таких прав как право на частную жизнь, жилище, достаточный жизненный уровень, образование, труд, запрет пыток и рабства, доступ к информации и т.д. Для улучшения доступа населения к медицинским услугам, повышения эффективности социальной защиты уязвимых групп населения, в соответствии с законами Кыргызской Республики "Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики", Национальной программой реформы здравоохранения Кыргызской Республики "Манас таалими" на 2006-2010 год, утвержденной постановлением Правительства Кыргызской Республики от 16 февраля 2006 года №100 разработана Программа "государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью" (Постановление Правительства №363 от 24.08.2007г.).

Право на здоровье является одним из основных прав человека и необходимо для реализации всех остальных прав. Это право отражено во многих международных договорах по правам человека. Наиболее подробно это право отражено в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП). В соответствии со статьей 12 МПЭСК государства-участники признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, а также всевозможных мер для осуществления этого права. Права граждан на пользование услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья закреплены в Законе Кыргызской Республики "Об охране здоровья граждан в КР" от 09 января 2005 года.

Помимо МПЭСКП, право на здоровье закреплено в Конвенции о правах ребенка, в Международной конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации, а также в Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.

Низкая заработная плата врачей и медицинских сестер приводит к тому, что из медицинских учреждений уходят профессионалы, нехватка которых существенным образом оказывает негативное влияние на качество оказываемых медицинских услуг, следствием которых является высокая коррумпированность и мздоимство среди медицинских работников.

ни выступил
ему "Высот
ских жителей
представлен
ровня выды
Кумтор Опе
ников Д. В.
?)
ки конгресс
ря на то, что
тран не смог
в заседаниях
очень успеш

право отраж
кономически
(МПЭСКП)
ЭСК государ
каждого чел
уровень физ
н, а также во
ия этого прав
слугами сист
ии лечения б
ья закреплен
ки "Об охра
заря 2005 го
доровье закре
нка, в Межд
ции всех фо
е в Конвенц
иминации в с

ей и медицин
из медицинск
налы, нехват
и оказывает н
казываемых
торых являет
здоимство с

трудниками Аппарата Омбудсмена (Акыйки) Кыргызской Республики регулярно проводится мониторинг состояния обеспечения медицинскими услугами, осуществляется прием граждан по заявлениям и жалобам,

Основными результатами реализации Национальной программы реформы здравоохранения Кыргызской Республики "Манас" (1996- 2005 гг.) стали не только сохранение государственной системы здравоохранения, но и такие революционные преобразования как создание института семейной медицины, структурные изменения в секторе, направленные на усиление эффективности медико-санитарной помощи.

Внедрена система обязательного медицинского страхования, инициирующая прогрессивные методы финансирования, система Единого плательщика Программа государственных гарантий. Дополнительная программа ОМС лекарственного обеспечения застрахованных граждан в амбулаторном уровне. Реализована переориентация системы медицинского обслуживания с преобладающей стационарной помощи на усиление первичного здравоохранения.

Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики "Манас таалими" на 2006-2010 годы утверждена постановлением Правительства Кыргызской Республики от 1 февраля 2006 года №100 и является логическим продолжением предыдущей Программы реформирования "Манас".

Наряду с этим имеются определенные недостатки в сфере здравоохранения и ниже немного излагаем те упущения с критической точки зрения, учитывая мнение независимых медицинских экспертов.

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, проводит реформу развития здравоохранения КР по долгосрочной программе рассчитанный на 1991-2010 гг., которая завершается в этом году. Несмотря на данные Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, предшествующая стадия реформы не обеспечила за десять лет каких-то существенно заметных сдвигов в области охраны здоровья населения и на качестве оказываемой населению медицинской помощи. Специалисты отмечают в ней множество декларативных и малоэффективных положений. Чиновники от здравоохранения не смогли понять, что процесс реформирования сложной и столь важной для всего населения страны отрасли не может проводиться без участия тех специалистов, которые в последующем будут осуществлять реализацию концептуальных положений, т.е. без участия врачей и руководителей учреждений здравоохранения. Реформирование здравоохранения ведется, уже больше десяти лет, а показатели здоровья населения от этого не становятся лучше, медицинская помощь, напротив, становится все менее доступной для основной части населения страны, врачи и медицинские сестры и по размерам оплаты труда поставлены в унизительное положение "вымогателей", а многие опытные специалисты вынуждены покинуть страну и работать в просторах России, Казахстана и др. государств.

На основании данных Министерства здравоохранения Кыргызской Республики приведем несколько примеров негативных фактов:

1. В области реформы Центрального аппарата управления Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Так если в начале 2000 г. штатная численность сотрудников центрального аппарата Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и его подразделений составляла всего 65, то на сегодняшний день их общая численность возросло до -223, т.е. рост количества чиновников составило 343% от первоначального уровня.

Штатная численность сотрудников центрального аппарата Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и его подразделений по данным Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Министерство здравоохранения:

2006	2007	2008	2009
65	53	65	65

Фонд обязательного медицинского образования (ФОМС):

1991	2001	2003	2005	2009
нет	42	42	44	57

Медицинская аккредитационная комиссия (МАК):

1991	2001	2003	2005	2009
нет	10	10	10	11

Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники (ДЛОиМТ):

2001	2003	2005	2009
75,5	83	83	90

Если в 90 годы сотрудники аппарата Министерства здравоохранения Кыргызской Республики размещались в единственном здании по ул.Т.Молдо 1, то на сегодняшний день 223 сотрудников Министерства здравоохранения Кыргызской Республики размещены:

1. В здании бывшей консультативной поликлиники Национального госпиталя, которого отобрали в ходе реформы;
2. В здании Национального центра охраны материнства и детства, которого также изъято в ходе реформы. (Данная структура называется центром развития здравоохранения);
3. В здании Национального хирургического центра;
4. В новом вновь построенном здании Министерства здравоохранения Кыргызской Республики;
5. В здании бывшего НИИ курортологии (ФОМС).

В результате проведенной управленческой реформы в целом по стране получили разнородную структуру управления системой здравоохранения в регионах. К примеру если в Бишкеке сохранился принцип единоначалия т.е. процессом управляет и координирует директор БТУ ФОМС (ныне департамент), то в областях имеются по меньшей мере 4 руководствующие структуры: Объединенная областная больница, структура областного ФОМСа, Руководитель ЦСМ, СЭС.

Приоритетными направлениями реформы в рамках программы "Манас" были объявлены вопросы охраны материнства и детства, усиление роли первичной медико-санитарной помощи, а фактически реформа началась с ликвидации главного управления лечебно-профилактической помощи детям и матерям, должности зам.министра по вопросу охраны материнства и детства, кроме этого в областях были ликвидированы должности главных врачей областных детских больниц и роддомов. Несмотря на то, что отмечается некоторая тенденция улучшения интегральных показателей заболеваемости, смертности и рождаемости, некоторые данные, свидетельствуют об обратном. Примеры, материнской смертности в перинатальном центре г.Бишкек и в Кочкорском районе.

Еще один пример, нам не удалось получить ответ от Министерства здравоохранения Кыргызской Республики на вопрос, почему отдельные главные врачи без ведома вышестоящих учреждений на территории больниц и роддомов строят здания коммерческого и некоммерческого назначения, не имеющих никакого отношения к медицине. (банки, магазины, кафе и др.).

Специалисты, ученые, руководители учреждений здравоохранения, врачи больше не желают, чтобы еще десять лет были упущены и допустить окончательного разрушения сильно деградировавшей системы здравоохранения.

Известно, что более "состоятельные" граждане ведущих стран мира оплачивают вдвое и втрое меньшую часть медицинской помощи (в среднем 24%). Это вызывает обоснованное не-

ство нашего не очень богатого населения, ку нет более важной и более чувствительной для людей проблемы.

Специалисты обеспокоены тем, что медицинская помощь становится все более недоступной для населения, а это, ведет к увеличению числа людей нуждающихся в высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской помощи, что еще больше увеличит число людей с трудно и неизлечимыми формами заболеваний, к росту числа людей со сниженной трудоспособностью, инвалидов по заболеваниям, приведет к дальнейшему сокращению продолжительности жизни, увеличению смертности, сокращению численности населения. Все это снижает производительный потенциал государства и откладывает на длительный срок выход из кризиса, лишает людей надежды на достойную жизнь и отразится на здоровье будущих поколений.

В этих условиях возникает законный вопрос, почему мы должны непременно "наступать на грабли", отказываться от использования огромного интеллектуального и профессионального потенциала, имеющегося в стране?

Вызывает недоумение, почему имея на сегодняшний день в стране 7 медицинских вузов или факультетов, которые занимаются подготовкой медицинских кадров, у нас наблюдается острая нехватка специалистов в регионах и эта тенденция прогрессирует, качество же подготовки молодых медиков с каждым годом ухудшается. Так, по данным статорганов, лишь каждый 4 или 5 выпускник медвуза работает по специальности.

Еще один факт который не может вызвать тревоги: около 60% населения страны проживает в отдаленных регионах и в сельской местности т.е. районе обслуживания ФАП-ов. На начальном этапе реформы забыли данный вопрос, а в программе "Манас таалими" ввели новое понятие-реабилитации ФАП-ов. К примеру раньше в структуре врачебных амбулаторий и ФАПов были стационарные койки, потому что радиус обслуживания их находился далеко от районной больницы.

Основным элементом советской медицины была ее профилактическая направленность и доступность, на сегодняшний день основной смысл реформы сводиться к коммерционализации медицины. ("Финансы идут за больными"). (Если в стационар попадает больной, то он вносит соплату и оплачивает дополнительные услуги (сервис, лекарство и пр.) и больница зарабатывает, а ЦСМ работают в роли наблюдателей и в, принципе, кроме того, что выписывают рецепты и осматривают больного семейный врач на сегодняшний день особо ничего не может делать).

Попробуем расшифровать:

1. Реформирована женская консультация, где проводилась профилактическая работа и диспансеризация беременных женщин (Пример отсутствия и слабости этой работы случаи материнской смертности в роддоме №4 и в роддоме Кочкорского района).

2. Ликвидация т.н. кабинетов здорового ребенка в детских поликлиниках, лишение самостоятельности родовспомогательных учреждений в регионах. На сегодня, кроме Ошской областной детской больницы, в других областях нет ни родильных, ни детских областных больниц, как юридического лица.

3. Реформа специализированной наркологической и кожновенерологичсекой службы привела к резкому увеличению числа больных с "ВИЧ" и инфекциями "нового поколения". Львиная доля больных данной патологией лечение получает у частнопрактикующих врачей. В этой связи, детального изучения требует проблема частной и платной медицины и их законодательная база.

4. Национальные центры и НИИ медицинского профиля были предназначены преимущественно для обслуживания населения регионов и в 80-90 гг. до 80% больных в указанных учреждениях были из отдаленных регионов и сельской местности, а сегодня НЦ и НИИ преимущественно обслуживает городское население (до 50-80%), а сельские жители не могут приехать по известным причинам, во-первых, и почти во всех указанных учреждениях внедрены платные мед.услуги, во-вторых.

Можно ли в этих условиях говорить о доступности специализированной помощи для жителей отдаленных регионов?

ТАКТИКО- ТЕХНИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ

Ташматов.А.М.
Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии, г. Бишкек

Резюме. В работе проведен анализ ошибок в лечении переломов костей конечностей у 86 больных. Изучены причины, порождающие лечебно-диагностические ошибки при выполнении внутреннего остеосинтеза. Определены основные направления преодоления врачебных ошибок.
Ключевые слова: кости конечностей, лечебно-диагностические ошибки, остеосинтез.

Кортунду. Бул эмгекте 86 бейтаптын кол-буттарынын сыныктарын дарылоодо кетирилген каталар анализденген. Ички остеосинтез жасоодо дарылоо-диагностикалык каталарды кетирүү себептери изилденген. Врачтык ката кетирүүнү жоюунун негизги багыттары аныкталган.
Ачкыч создор: кол-бут сөөктөрү, дарылоо-диагностикалык каталар, остеосинтез

Resume. The analysis of mistakes in treatment of bones extremities fractures of 86 patients is made in this work. The reasons, which gave medical and diagnostic mistakes of internal osteosynthesis have been learnt. The main directions of overcoming of mistakes are defined.
Key words: bones of extremities, medical and diagnostic mistakes,

Введение. Ошибки, возникающие на этапах лечения больных с переломами костей являются частой причиной неблагоприятных исходов. Несмотря на совершенствование методов лечения переломов костей, число различного рода ошибок при этом не уменьшается.

Ошибки в практике хирурга травматолога-ортопеда приобретают особое значение, так как могут привести к инвалидности больных.

Целью нашей работы является анализ лечебно-диагностических ошибок в лечении переломов костей конечностей оперативным способом, а именно погружным остеосинтезом.

Материалы и методы. Нами проведен анализ историй болезней 86 больных, которые лечились в травматологических отделениях БНИЦТиО за период с 2005-2009 г., с возникшими осложнениями в результате лечебно-диагностических ошибок, допущенных при остеосинтезе костей конечностей.

Основная их часть поступило в клинику из районов республики, где они лечились по поводу свежих переломов первоначально. По нозологии материал представлен следующим образом: несросшиеся переломы и ложные суставы - 44 (51,2%), неправильносросшиеся переломы - 15(17.4%), остеомиелиты и дефект костей-27 сегментам: плечевая кость- 14 (16,3%), кости предплечья - 16(18,6%), бедренная кость - 32 (37,2%), кости голени -24(27,9%).

Анализ ошибок внутреннего остеосинтеза позволил нам выделить 3 основные группы:

1. Диагностические ошибки (12,1%) касались несвоевременной диагностики или недиагностирования внутри-, околосуставных переломов, невыполнения или некачественного выполнения рентгенобследования, также неправильной трактовки врачом полученных данных, проведения рентгенографии в одной проекции, приведшей к искажению реальной картины.

2. Лечебные ошибки (76,2%)мы разделили на:

- лечебно-тактические (22,8%)
- лечебно-технические (43,4%)

Лечебно-тактические ошибки касались прежде всего нерационального выбора метода лечения, использования фиксатора, не способного обеспечить стабильный остеосинтез, отказа от внешней фиксации после нестабильного остеосинтеза.

Лечебно - техническим ошибкам отнесли неустранение смещения, нарушение техники нако-

остеосинтеза (использование нестандартных пластин, применение короткой пластины, толстых и тонких, неадекватного количества винтов , нарушение техники интрамедуллярного остеосинтеза (использование фиксаторов, не соответствующих по длине и толщине костномозговому каналу), излишняя травматизация мягких тканей, отслойка надкостницы и чрезмерное обнажение кости, нарушение асептики и антисептики, некачественная первичная хирургическая обработка при открытых переломах.

Ошибки реабилитации (11,7%) были обусловлены: чрезмерно активной и форсированной разработкой движений в суставах, ранней нагрузкой на конечность при низкой несущей способности металлоконструкции.

Как известно, реабилитационный период в основном проводится в поликлинике по месту жительства больного. Следует отметить, что из-за отсутствия материально-технической базы для реабилитации, специалистов, а нередко недостаточным знанием врачей до75% больных не получали полноценного восстановительного лечения, либо не получали вообще. Всем больным проведены повторные операции- реостеосинтез, корригирующие остеотомии, аутоостеопластика, санации, фистулосеквестроэктомии.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного лечения получены хороший результат у 56 (65,1%) больных, удовлетворительный у 27 (31,4%) и неудовлетворительный у 3 (3,5%) больных. Ошибки при выборе метода лечения в большинстве случаев вызваны тем, что показания к остеосинтезу ставились без учета вида, характера и уровня перелома, степени смещения отломков, особенностей организма. Остеосинтез костей проводится нередко хирургами, не владеющими необходимой техникой и не располагающими соответствующими условиями для выполнения травматологических операций. В связи с этим необходимо обратить внимание на повышение квалификации хирургов травматологов-ортопедов, приобретение ими навыков остеосинтеза. Для улучшения результатов лечения переломов костей конечностей также необходимо оснащение необходимой техникой для остеосинтеза травматологических отделений больниц, четкое взаимодействие стационара и реабилитационных учреждений.

Литература:

1. Мирошниченко В.Ф. с соавт. Анализ причин осложнений при различных видах остеосинтеза./Травматология и ортопедия XXI века. Материалы VIII - съезда травм. - ортоп. России, глава 10., стр.1131-1132.,Самара, 2006г.

2. Новиков А.В.,Щедрина М.А.,Коткова М.А. Ошибки в лечении больных с патологией верхней конечности. / Травматология и ортопедия XXI века. Материалы VIII - съезда травматологов-ортопедов России, глава 10., стр. 1133-1134. Самара, 2006г.

3. Кожокматов С.К. с соавт. Ошибки и осложнения при лечении переломов длинных трубчатых костей./Центрально-азиатский медицинский журнал. Том XII, стр. 174-177. 2006г.

РЕЗУЛЬТАТЫ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ДИАФИЗАРНЫХ И ОКОЛОСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ.

Брусенская Е.И., Аршидинов Р.А., Ермолин Е.П., Клановец Е.К.
Казахский Национальный Медицинский университет, 4 городская клиническая больница, г. Алматы, Казахстан

Резюме. Произведено 49 операции остеосинтеза плечевой, бедренной и большеберцовой костей методом блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза у 47 больных с множественной и сочетанной травмой. Околосуставные и диафизарные переломы бедренной кости преобладали и констатированы у 18 больных (39%), плечевой кости выявлены у 9 (20%) пострадавших, диафизарные переломы костей голени отмечены у 22 (47%) пациентов. Множественные повреждения двух и трех сегментов были определены у 6 (13%) больных. При стабилизации поперечных и косопоперечных диафизарных переломов применялось первичное динамическое блокирование, а при оскольчатых переломов выполнено статическое блокирование отломков. В послеоперационном периоде наблюдались осложнения у 8 (17%) пациентов. Отдаленные результаты прослежены у 39 пациентов в сроках от 8 до 18 месяцев. Благоприятные анатомо-функциональные результаты констатированы у 32 (68%) пациентов.

Resume. We have produced 49 shoulder, femur and tibia osteosynthesis by bloking internal fixatio in 47 patients with multiple and combined trauma. Paraarticular and diaphyseal femur fracture were predominated and found in 18 patients (39%), humerus fractures were detected in 9 (20%) o victims of diaphyseal shin fractures were observed in 22 (47%) patients. Multiple injuries of two o three segments were identified in 6 (13%) patients. We have applied the primary dynamic blocking concerning the stabilization of the transverse and oblique diaphyseal fractures, and we hav performed static blocking fragments with comminuted fractures. Postoperative complications were observed in 8 patients (17%) patients. Outcomes were followed up in 39 patients in terms of 8 to 1 months. Favorable anatomical and functional results were stated in 32 (68%) patients.

Ведение. Существующая тенденция роста числа тяжелых повреждений скелета диктует необходимость совершенствования тактики и методов лечения сочетанной и множественной травмы, что является актуальной проблемой в современной травматологии.

Основными принципами в лечении диафизарных переломов нижних конечностей у больных с сочетанной и множественной травмой остаются стабильная хирургическая фиксация, сроки оперативного вмешательства .Патогенетически обоснованной является ранняя стабилизация поврежденных сегментов с целью профилактики осложнений травматической болезни, а также в комплексе противошоковых мероприятий [1,2].

Многочисленность повреждений разных органов и систем приводит к действию синдрома взаимного отягощения и развитию травматической болезни [1,3].

Фиксация переломов нижних конечностей в остром периоде травматической болезни аппаратами наружной фиксации при тяжелой сочетанной травме является альтернативным методом, однако в 57-71% случаев остеосинтез аппаратами не является окончательным, лечение переломов часто принимает двухэтапный характер, нередко возникают воспалительные явления мягких тканей вокруг спиц и стержней [3,4,5].

В странах ближнего и дальнего зарубежья в течение более чем двух десятилетий при лече-

диафизарных и околосуставных переломов используются интрамедуллярные блокирующие системы.

Безусловным преимуществом методики является малая травматичность, что связано с внеочаговым антеградным введением штифта и отсутствие необходимости рассверливания костномозгового канала. Малоинвазивная имплантация металлоконструкции вызывает минимальное нарушение периостальной васкуляризации, что в последующем способствует консолидации костной ткани. Введение гвоздя в костномозговой канал вдали от места перелома максимально снижает риск послеоперационных инфекционных осложнений -2,3-4,1%. [2,4].

Материал и методы. В течение последних трех лет- 2008-2009 годы в клинике травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии КГМУ на базе ГКБ №4, г.Алматы произведено 24 операции остеосинтеза плечевой, бедренной и большеберцовой костей методом блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза у 47 больных с множественной и сочетанной травмой. Мужчин было 26 (56%) больных, женщин 21 (45%). По возрастным категориям больные были распределены следующим образом до 20 лет - 9 (20%) пациентов, 22 (47%) пациента в группе 20-40 лет, от 40 до 60 лет было отмечено 12 (26%) пострадавших, выше 60 лет - 4 (9%). Большинство 35 (75%) пострадавших поступили в первые трое суток с момента травмы, в период от 3-х до 10 суток обратилось 10 (22%) пациентов, позднее 10 суток поступило только 2 (4%) травмированных. Среди скелетной травмы околосуставные и диафизарные переломы бедренной кости преобладали и констатированы у 18 больных (39%), плечевой кости выявлены у 9 (19%) пострадавших, диафизарные переломы костей голени отмечены у 22 (47%) пациентов. Множественные повреждения двух и трех сегментов были определены у 6 (13%) больных. Доминирующее место среди сопутствующей патологии занимает закрытая черепно-мозговая травма, отмеченная в 51% случаев (24 больных), травма грудной клетки выявлена в 34% (16 пациентов), травма живота лишь в 15% (7 пострадавших).

Оперативные вмешательства были выполнены в различные сроки с момента травмы. Большинство 29 (60%) пациентов были оперированы в срок от 3 до 10 дней с момента травмы, в раннем периоде на 1-3 сутки остеосинтез осуществлен 11(23%) пострадавшим, и в более позднем периоде спустя 10 суток и более у 7 (15%) больных.

Выбор оптимальных сроков для оперативного вмешательства и метод первичной фиксации переломов осуществлялся исходя из тяжести общего состояния больного.

Данный метод остеосинтеза мы применяли при фиксации околосуставных и диафизарных переломов разной локализации. В 30 случаев переломы были поперечными или косопоперечными по АО классификации А2, А3. В остальных случаях переломы имели оскольчатый характер: тип В1-3 у 12 больных, С1-3 в 7 случаев.

Использованы металлоконструкции выпускаемые компанией ChM - систему блокируемых интрамедуллярных стержней CHARFIX®system, в том числе бедренные стержни-универсальный, вертельный и телескопический, большеберцовые стержни - реконструктивный и ретроградный, стержень плечевой реконструктивный и компрессионный .

При стабилизации поперечных и косопоперечных диафизарных переломов (тип А) применялось первичное динамическое блокирование, а при оскольчатых переломов (тип В и тип С) применялось статическое блокирование отломков с интраоперационной коррекцией длины поврежденных сегментов.

Имплантация гвоздей осуществляется закрытым антеградным способом под контролем электронно-оптического преобразователя. Существенное значение имеет правильное определение точки для введения металлоконструкции, что определяет нетравматичное введение стержня по костномозговому каналу и успех закрытой репозиции костных отломков, особенно при оскольчатых и фрагментарных переломах.

При стабилизации оскольчатых диафизарных переломов важным моментом является предоперационное планирование, подбор гвоздя соответствующего типоразмера и интраоперационное восстановление длины поврежденного сегмента после дистального блокирования. В этих случаях применяли статическое блокирование, что предотвращало возможность вторичного смещения отломков по длине.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде дополнительная гипсовая иммобилизация не применялась, а активные движения в смежных суставах поврежденного сегмента проводились со второго дня после операции. Ходьба с частичной нагрузкой на поврежденную конечность разрешалась с 3 -5 дня при диафизарных переломах бедренной и большеберцовой костей, в зависимости от общего состояния больных, при околосуставных переломах на 4-5 неделе после рентгенологического контроля.

Динамическое рентгенологическое и клиническое наблюдение выполнено 38 больным. Консолидация переломов и восстановление опорной функции поврежденных конечностей достигнуты у 30-х больных через 6 - 8 месяцев после операции. Из этой группы пациентов в 18-ти случаях произведено удаление фиксаторов спустя 14-16 месяцев после операции . За 20 больными с разными стадиями консолидации переломов ведется амбулторное наблюдение.

У 6-ти больных с оскольчатыми и фрагментарными переломами большеберцовой кости произведена динамизация гвоздя через 2-3 месяца после операции путем удаления статического винта, что предотвращает деформацию дистальных блокирующих винтов и дает возможность создавать физиологическую компрессию в области перелома без риска укорочения поврежденного сегмента.

В послеоперационном периоде наблюдались осложнения у 8 (17%) пациентов. Нагноение мягких тканей в области послеоперационной раны выявлено у 1 больного. В данном случае удалось купировать инфекционный процесс без удаления металлоконструкции. У 1 пациента после остеосинтеза диафизарного перелома бедренной кости выявлена угловая деформация в пределах 7-9 градусов. У 1 больного травмы произошел перелом дистальных шурупов через 1.5 месяцев после остеосинтеза диафизарных переломов обеих большеберцовых костей вследствие повторной травмы. Сломанные шурупы удалили. У 1 пострадавшей с околосуставным переломом дистального отдела плечевой кости на фоне замедленной консолидации произошел перелом стержня. Стержень был удален и выполнен остеосинтез пластиной с костной пластикой. В 3 случаях отмечалась замедленная консолидация оскольчатых переломов большеберцовой кости, при которых произведена динамизация гвоздя. У 1 пациентки с замедленной консолидацией фрагментарного перелома плечевой кости через 3,5 месяца выполнено удаление стержня, и остеосинтез блокирующим стержнем с рассверливанием костномозгового канала.

Отдаленные результаты прослежены у 39 пациентов в сроках от 8 до 18 месяцев.Благоприятные анатомо-функциональные результаты констатированы у 32 (68%) пациентов.

Таким образом, выбранная нами тактика блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза диафизарных и околосуставных переломов трубчатых костей без рассверливания костномозгового канала у больных с политравмой является современным и малотравматичным методом, который позволяет создать прочную стабилизацию в ранние сроки после операции, сохранить эндостальное кровоснабжение костных отломков и тем самым создать оптимальные условия для репаративного остеогенеза.

Литература

1. Кузьменко В.В., Гиршин С.Г., Литвина Е.А Спорные вопросы в проблеме выбора тактики при множественных переломах и тяжелых сочетанных повреждениях. Оказание помощи при сочетанной травме: Сборник научных трудов. Том 108. М.: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. 1997. 21 с.

2. Piotr Cieslik, Piotr Pickarczyk, Wojciech Marczynski. Results of retrograde intramedullary nailing for distal femoral fractures- own experience. "Ortopedia Traumatologia, Rehabilitacja", 6(6), 2007.

3. Jenny JY, Jenny G, Gaudias J, Kempf I. Risk of infection in centro-medullary locking nailing of open fractures of the femur and tibia. Acta Orthop Belg 1995 61 Suppl 1:212-215.

4. Klein M., Rahn B.A., Frigg R., Kessler S., Perren S.M. Die Blutzirkulation nach Marknagelung ohne Aufbohren. Proceedings of the Osteosynthesis International. Gerhard Kuentscher Kreis, Vienna Austria, Mar 1989;3:16-18

5. Trojan E., Joseph Schatzker, MD, B.Sc. FRCS Thomas Ruedi AO Seminar on Intramedullary Nailing from 7 - 8 June 2000 in Moscow, Russia

СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФОИДНЫХ УЗЕЛКОВ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЛЕГКИХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ СМЕРТИ ОТ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.

Турганбаев А.Э., Мукашев М.Ш.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева. Кыргызская Республика, Бишкек, Кафедра судебной медицины и правоведения.

Резюме. Ожоговая травма является экзогенным стрессовым фактором, воздействующим на различные системы организма, в том числе на эндоэкологическую систему с ответной реакцией и регионарных лимфатических узлов.
Ключевые слова: термический ожог, структурная характеристика, лимфатические узлы.

АЛКОГОЛДУК УУГУДАН УЛАМ КҮЙҮК ТРАВМАДАН БОЛГОН ӨЛҮДҮН АР КАНДАЙ МӨӨНӨТҮНДӨ ӨПКӨНҮН РЕГИОНАРДЫК ЛИМФАТИКАЛЫК ТҮЙҮНДӨРҮНҮН ЛИМФОИДДИК ТҮЙҮНЧӨЛӨРҮНҮН СТРУКТУРАЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Турганбаев А.Э., Мукашев М.Ш.
Кыргыз Республикасы, Бишкек шаары, И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Соттук медицина жана укук таануу кафедрасы

Корутунду. Күйүк травмасы организмдин ар түрдүү системасына, өзгөчө эндоэкологиялык системага жана регионардык лимфатикалык түйүндөргө таасир этүүчү экзогендик стрестик фактор болуп саналат.
Негизги сөздөр: термикалык күйүк, структуралык мүнөздөмө, лимфатикалык түйүндөр.

STRUCTURAL CHARACTERISTIC OF LYMPOMAS NODULES IN REGIONAL LYMPH NODULES OF LUNGS AT VARIOUS TERMS OF DEATH FROM THE BURN TRAUMA AGAINST THE ALCOHOLIC INTOXICATION.

Turganbaev A.E., Mukashev M.Sh.
The Kyrgyz State Medical Academy of I.K.Ahunbaeva. The Kirghiz Republic, Bishkek. Forensic medicine and jurisprudence chair.

Resume. Burn trauma is exogenic stress factor affecting to different system of organism, including endoecologic system with reply reaction and regional lymphonodus.
Key words: heat burn, structural characteristic, lymph nodes.

Рост числа пострадавших от ожогов, увеличение их удельного веса в структуре травматизма, длительное и дорогостоящее лечение, высокий процент летальности и инвалидности определяют ожоговую травму как одну из наиболее актуальных проблем современной медицины [1,2,3,4].

Тяжелая термическая травма занимает ведущее место по летальности среди других видов травм. По данным мировой литературы, 30%

пациентов погибают, если площадь поражения занимает более 50% поверхности тела, и в 55%-80% случаев причиной смерти являются инфекционные осложнения [5].

По современным представлениям, в патогенезе ожоговой болезни важная роль принадлежит эндогенной интоксикации. Основным источником эндогенной интоксикации являются ожоговая рана, околораневая зона, микробная флора ран и продукты её жизнедеятельности, застойное содержимое желудочно - кишечного тракта, а также злоупотребление медикаментозными средствами, прежде всего антибиотиками, иммунодепрессантами, болеутоляющими средствами, нерациональное питание и др. [6].

При ожогах, ожоговой болезни в результате гнойного воспаления, всасывания токсических метаболитов кровеносное русло происходят значительные изменения в иммунных клетках и их компетентность определяет исход ожога [7, 8].

Разнообразные дестабилизирующие воздействия на организм вызывают определенные реакции и в лимфоузлах, что является одним из важных показателей адаптивно-компенсаторных возможностей живого организма к поддержанию тканевого гомеостаза [9].

Лимфатические узлы, лежащие на путях лимфооттока, являются основными гомеостатирующими органами и играют важную роль в осуществлении дренажной деятельности организма [10, 11, 12,] и в процессе лимфодренажа и детоксикации в лимфатическом узле происходят различные структурные изменения [13, 14].

Таким образом, анализ литературы свидетельствует об активном участии лимфатической системы при самых различных патологических состояниях, вся лимфатическая система работает на контроль и обезвреживание веществ, образующихся в органах и выносящихся из них вместе с тканевой жидкостью, которая поступает в лимфатические капилляры и превращается в лимфу.

С учетом этого положения, нами исследованы морфофункциональные изменения лимфоидных узелков регионарных лимфатических узлов легких при ожоговой травме различной давности на фоне алкогольной интоксикации.

Материал и методы исследования. Исследованию подвергались регионарные лимфатические узлы легких 25 трупов лиц мужского и женского пола в возрасте от 21 до 76 лет, умерших от ожоговой травмы на фоне алкогольной интоксикации. При судебно-химическом исследовании крови которых обнаружен этиловый спирт в концентрации от 1,56‰ до 4,68‰, что соответствует алкогольному опьянению от средней до тяжелой степени.

Контрольной группой служили регионарные лимфатические узлы легких трупов лиц, погибших от тяжелой черепно-мозговой травмы в ближайшие минуты после повреждения.

Исследуемый материал распределен соответственно времени переживания организма после получения ожоговой травмы: острая смерть при ожоговой травме; смерть в течение 24 часов; 48 и 96 часов после ожоговой травмы.

После макроскопического исследования, лимфатические узлы фиксировались в 10% растворе нейтрального формалина, из которых в дальнейшем изготавливались парафиновые срезы для гистологического и гистохимического исследований. Срезы толщиной 4-5 микрон окрашивались гемотоксилин- эозином для обзорных исследований, по Ван-Гизону для оценки состояния волокнистых структур, азур-эозином по Романовскому для дифференциальной оценки лимфоидных элементов.

Для более полной характеристики функционального состояния лимфатических узлов произведена морфофункциональная оценка структурных компонентов и клеточного состава лимфоидных узелков.

Результаты и обсуждение. Установлено, что тенденция к увеличению площадей зон лимфоузла все более четко проявляется по мере удлинения времени переживания организма после ожоговой травмы (табл. 1).

При острой смерти от ожоговой травмы на фоне алкогольной интоксикации в лимфоидных узелках без центров размножения отмечено увеличение общеклеточной плотности до 118,94±10,80 (при контроле 116,93±10,79) за счет нарастания количества средних и малых лимфоцитов (соответственно 25,67±2,89 и 56,33±5,93 при контроле 24,67±2,89 и 55,33±5,93).

Лимфоидные узелки с центрами размножения имеют тенденцию к увеличению за счет незначительного увеличения малых и средних лимфоцитов (соответственно 3,35±0,45 и 36,50±2,32 при контроле 3,33±0,45 и 36,00±2,32) и эозино-

в (4,01±0,51 при контроле 4,00±0,51).

При смерти через 24 часа в послеожоговом периоде, клеточная плотность во всех исследованных зонах регионарных лимфатических узлов легких возрастает значительно.

В лимфоидных узелках без центров размножения отмечается увеличение плотности клеток лимфоцитарного ряда (средних 26,67±2,89 и малых 57,33±5,93), незрелых плазмоцитов (0,10), ретикулярных и макрофагов (соответственно 14,13±1,65 и 6,70±0,61), отмечено и увеличение эозинофилов (5,01±0,51).

Лимфоидные узелки с центрами размножения характеризуются заметным нарастанием плотности лимфобластов (до 13,33±1,42), средних и малых лимфоцитов (соответственно 38,50±2,32 и 36,50±2,32), ретикулярных клеток (до 15,67±2,07) и митотических клеток (7,67±0,59). За счет увеличения количества указанных клеток отмечено увеличение и общеклеточной плотности (110,14±0,59) по сравнению с контролем и предыдущей группой (соответственно 90,40±9,89 и 100,40±9,89).

При наступлении смерти через 48 часов в послеожоговом периоде морфометрические изменения более выражены практически во всех исследованных зонах регионарных лимфатических узлов легких.

Лимфоидные узелки без центров размножения характеризуются значительным содержанием средних и малых лимфоцитов, ретикулярных клеток, макрофагов, нейтрофилов, появлением зрелых плазмоцитов и эритроцитов (соответственно 2,5±0,20 и 0,50±0,30).

Лимфоидные узелки с центрами размножения также увеличением плотности лимфобластов, средних и малых лимфоцитов, плазмобластов, ретикулярных клеток, макрофагов, эозинофилов и митотических клеток. В этот срок после ожогового периода появляются в поле зрения зрелые плазмоциты.

Из таблицы видно, что наибольшая плотность клеток в различных зонах лимфатического узла отмечена к 96 часам послеожогового периода.

В лимфоидных узелках без центров размножения увеличение плотности клеток обусловлено увеличением лимфобластов (5,03±0,44), малых лимфоцитов (62,73±4,56), плазмобластов (5,80±0,84), макрофагов (20,85±1,17), и незрелых плазмоцитов (4,85±0,72). При этом количество средних лимфоцитов уменьшено (3,94±0,68 при контроле 5,33±0,78).

В лимфоидных узелках с центрами размножения увеличение плотности клеток обусловлено увеличением лимфобластов (24,24±0,31), малых лимфоцитов (5,60±0,98), макрофагов (17,76±1,33), При этом количество средних лимфоцитов уменьшено (3,94±0,68 при контроле 5,33±0,78).

Таблица 1.

Клеточный состав лимфоидных узелков регионарных лимфатических узлов легких при различных сроках смерти от ожоговой травмы на фоне алкогольной интоксикации. (усл.ед) (M±м).

Клетки	Контроль	Острая смерть	24 часа	48часов	96часов
Лимфоидные узелки без центров размножения					
Лимфобласты	2,67±0,31	2,67±0,31	2,67±0,31	2,80±0,31	5,03±0,44
Средние лимфоциты	24,67±2,89	25,67±2,89	26,67±2,89	28,67±2,89	20,05±2,19
Малые лимфоциты	55,33±5,93	56,33±5,93	57,33±5,93	59,33±5,93	62,73±4,56
Плазмобласты	2,67±0,32	2,67±0,32	2,68±0,32	2,67±0,32	5,80±0,84
Зрелые плазмоциты	-	-	-	2,5±0,20	3,0±0,20
Незрелые плазмоциты	0,67±0,09	0,67±0,10	1,0±0,10	1,0±0,10	2,80±0,41
Ретикулярные	13,33±1,65	13,33±1,65	14,13±1,65	15,13±1,65	15,67±1,14
Макрофаги	4,67±0,61	4,67±0,60	6,70±0,61	7,70±0,65	20,85±1,17
Эозинофилы	4,00±0,51	4,01±0,51	5,01±0,51	5,10±0,51	8,80±1,09
Нейтрофилы	3,33±0,45	3,33±0,45	3,33±0,45	5,00±0,45	5,20±0,45

Моноциты	1,92±0,26	1,92±0,26	1,92±0,26	1,95±0,26	5,80±0,84
Эритроциты		-	-	0,50±0,30	1,5±0,30
Митоз	3,67±0,54	3,67±0,54	3,67±0,54	3,64±0,54	3,70±0,54
Всего	116,93±13,56	118,94±13,56	125,11±13,57	135,99±14,11	160,93±14.7
Лимфоидные узелки с центрами размножения					
Лимфобласты	11,33±1,41	11,33±1,42	13,33±1,42	15,33±1,42	24,24±0,3
Средние лимфоциты	36,00±2,32	36,50±2,32	38,50±2,32	39,50±2,32	41,91±2,4
Малые лимфоциты	3,33±0,45	3,35±0,45	5,80±0,45	6,70±0,45	5,60±0,98
Плазмобласты	3,33±0,44	3,33±0,44	3,33±0,44	5,1±0,44	0,5±0,12
Зрелые плазмоциты	-	-	-	1,0±0,50	1,0±0,50
Незрелые плазмоциты	2,00±0,25	2,00±0,25	2,00±0,25	2,0±0,20	1,5±0,20
Ретикулярные	20,67±2,07	20,67±2,07	22,67±2,07	23,67±2,07	30,21±1,2
Макрофаги	8,67±1,05	8,67±1,05	8,80±1,05	9,1±1,05	17,76±1,3
Эозинофилы	2,67±0,29	2,69±0,29	2,70±0,29	3,70±0,29	10,39±1,0
Нейтрофилы	2,67±0,31	2,67±0,31	2,67±0,31	2,80±0,31	1,80±0,2
Моноциты	2,67±0,30	2,67±0,30	2,67±0,40	2,80±0,40	4,80±0,6
Эритроциты	-	-	-	-	-
Митоз	4,67±0,59	6,67±0,59	7,67±0,59	8,80±0,59	9,0±0,59
Всего	98,01±9,48	98,55±9,49	110,14±9,59	120,50±10,04	148,7±9,6

Выводы. Таким образом, лимфоидные узелки регионарных лимфатических узлов легких при ожоговой травме на фоне алкогольной интоксикации характеризуются:

При смерти от ожоговой травмы в лимфоидной ткани регионарных лимфатических узлов легких происходят определенные структурные изменения, характеризующиеся активацией макрофагальной реакции, увеличением бластных форм клеток, малых лимфоцитов, эозинофилов, ретикулярных клеток, фигур митоза при некотором уменьшении средних лимфоцитов, нейтрофильных лейкоцитов, что, несомненно, свидетельствует об определенной реакции лимфоидной ткани регионарных лимфатических узлов легких на ожоговую травму как на стрессовый прессинг организма.

Обнаруженные нами изменения в лимфатических узлах доказывают их активное участие в процессах, развивающихся в организме в послеожоговый период, которые заключаются в усилении всех функций лимфоузлов: фильтрационной, фагоцитарной и иммунной и могут быть использованы в судебно-медицинской практике при диагностике давности и прижизненности ожоговой травмы на фоне алкогольной интоксикации.

Литература:

1. Азолов В.В., Пономарёва Н.А., Дмитриев Г.Г. и др. Система реабилитации обожженных во все периодах ожоговой болезни: Методические указания №2001/21 // Н.Новгород. - 2001. - 28 с.

2. Жегалов В.А., Куприянов В.А., Варенова Л.Е. Динамика ожогового травматизма в Нижегородской области // Нижегородский мед. журн. - 2004. - Прил. "Комбустиология". - С. 40 - 41.

3. Алексеев А.А., Лавров В.А. Актуальные вопросы организации и состояние медицинской помощи пострадавшим от ожогов в Российской Федерации / II съезд комбустиологов России, 2-5 июня 2008 г. сб. науч. тр. - М, 2008. - С.3-5.

4. Воробьев А.В., Перетягин С.П., Бухвалов С.А. и др. // Медико-экономические аспекты лечения тяжелообожженных // II съезд комбустиологов России, 2-5 июня 2008 г.: сб. науч. тр. - М., 2008. - С.15-17.

5. Петраков О.В., Гурманчук И.Е., Почепень О.Н. Способ ретроспективного анализа динамики некоторых иммунологических и клинико-лабораторных показателей у пациентов с ожоговой болезнью

мед. жур.- 2004.№ 2.-с. 67-69

Гринь В.К., Фисталь Э.Я., Сперанский И.И. Колесникова Л.И., Лобачёва М.В., Чеглаков Е.В. Интегральные гематологические показатели лейкоцитарной формулы, как критерий оценки тяжести течения ожоговой болезни, её осложнений и эффективности проводимого лечения // Матеріали научно-практичної конференції з міжнародною участю 29-30 травня 2006 року "Сепсис: проблеми діагностики, лікування та профілактики". - Харків,2006.- С.77-78

Апинис Г.В. Применение метода окрашивания тканей при ожоговой болезни. В кн.: Ожоги. Тезисы докладов XX научно-практической конференции.- Иркутск, 2007. с. 180-181.

Берман Л.В. Морфофункциональная характеристика кожи при ожоговой травме. // Сборник науч. тр.- Алматы, 2008.- т. //.- с. 160-161.

Бородин Ю.И., Григорьев В.Н. Лимфатический узел при циркуляторных нарушениях.- Новосибирск: Наука, 1986.- 268 с.

10.Петренко В.М. Лимфатический узел как сложный комплексный лимфангион // Тез.Докладов II съезда лимфологов России. - Санкт-Петербург, 2005. -С.229- 230

11.Колесников С.И., Мичурина С.В., Семенюк А.В.. Вакулин Г.М. Печень и ее регионарные лимфатические узлы при воздействии 3,4-бензпиреном.- Новосибирск, 1995,- 218с.

12.Демченко Г.А., Абдрешов С.Н. Функциональное состояние брыжеечных лимфатических узлов при токсическом гепатите и после применения протекторных веществ // Тез. Докл. Международного симпозиума по современным проблемам лимфологии.- Алматы, 2009.- С.29-30.

13.Григоренко Д.Е., Хребтовский А.М. Печеночные лимфатические узлы крыс после действия CCl4 // Морфология.- 2006.- Т.129, №4.-С.40.

14.Бородин Ю.И. Концепция лимфатического региона // Тез. Докл. II съезда лимфологов России.- СПб: изд. СПГУ, 2005- С.34-35.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСАТОРОВ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Мамытов Э.Б, Маматалиев Э.К, Дюшеналиев Б.Б.
БНИЦТиО г. Бишкек

Резюме. Обобщен восьмилетний опыт оперативного лечения 23 пациентов с переломами бедренной кости с применением фиксаторов с памятью формы (ЭПФ). Возраст пациентов от 14 до 78 лет. Разработанная методика операций в комбинации внутреннего остеосинтеза и фиксаторов с памятью формы обеспечивает стабильный внутренний напряженный остеосинтез. Результаты лечения прослежены в течение одного года. У 20 (87) пациентов результаты хорошие, у 3 (13) - удовлетворительные.
Ключевые слова: кольцевидные фиксаторы и S -образные скобы с памятью формы (ЭПФ), внутренний напряженный остеосинтез, внутреннее шинирование.

Кортунду. Сан соогу сынгандарды озунун формасын эстеп калуу ыкмасы бар кыскычтарды колдонулган 23 пациент даарыланган сегиз жылдык тажрыйба жыйналып корсотулгон. Оорулардын жашы 14тон 78 жашка чейин. Ушул иштелип чыккан оперативдик ыкма сооктун ичиндеги жана сыртындагы эстеп калуу ыкмасы бар кыскычтар жакшы натыйжаларды берет. Даарылангандар бир жылга чейин козомолдо турушту. 20 (87%) оорулулардын натыйжасы жакшы, 3 (13%) - канааттандырарлык.
Негизги сөздөр: шакек-түрдүү жана S-түрдү өзүнүн формасын эстеп калуу ыкмасы бар кыскычтар, ички кыстап туруучу сөөктү кармоо, ички кыймылдатпо ыкма.

Resume. Eight-year experience of the operative treatment of 23 patients with fracture of the thighbone/ femoris with using of fixatings with memory of the form (MoF) had been generalised. Patients' ages are from 14 till 78. The developed operation methods which combinate internal fixing with fixatings with memory of the form provide stable internal tense fixing. The results of the treatment had been monitored during one year. 20 (87%) patients showed good results, 3 (13%) - satisfactory.
Key words: annular fixatings and S - figurative staples with memory of the form (MoF), internal tense fixing, internal immobilization.

Введение. Несмотря на обилие всевозможных металлических фиксаторов, используемых для остеосинтеза трубчатых костей, продолжаются поиски новых материалов и конструкций для погружного остеосинтеза, которые бы наиболее полно обладали функциональными свойствами. В сочетании с безопасностью и долговечностью, а также требовали бы минимум времени на их установку.

Совершенствование методов лечения больных с переломами бедренной кости является одной из сложных задач травматологии. Оперативное лечение направлено на восстановление анатомии и сохранение достигнутой репозиции с использованием накостный и внутрикостных шин. Интрамедуллярный остеосинтез штифтами без рассверливания костномозгового канала стал общепринятым способом фиксации переломов диафиза бедренной кости (особенно в условиях территориальных больниц) штифты без блокирования, шинируя диафиз изнутри, обеспечивают целостность, но не делают осевой и ротационной стабильности, что влечет за собой длительную иммобилизацию прилегающих суставов. Иммобилизация суставов приводит к нарушению трофики, рефлекторной дистрофии, контрактурам. Реабилитационный период у таких больных существенно затягивается.

Комбинированный остеосинтез с применением конструкций с памятью формы позволяет выполнить стабильную фиксацию и в послеоперационном периоде, обеспечив двигательную функцию суставов. При индивидуальном подборе фиксаторов с памятью формы в дополнение к внутреннему шинированию создается ротационная и осевая стабильность, постоянная межфрагментарная компрессия. Принцип компрессионного остеосинтеза дополняется принципом внутреннего шинирования. Это позволяет создать условия, стимулирующее раннее формирование костной мозоли. При поперечных диафизарных переломах бедренной кости после интрамедуллярного остеосинтеза устанавливаются S -образные скобы с удлиненными ножками, которые располагаются по разные стороны от штифта.

При спиральных и оскольчатых и переломах для обвивного шинирования на гвозде устанавливаются кольцевидные фиксаторы с памятью формы.

Материалы и метод. Комбинированный остеосинтез с применением фиксаторов с памятью формы произведен 23 пациентам с переломами бедренной кости. Возраст пациентов - от 14 до 78 лет. У 7 (30,4%) больных переломы локализовались в верхней трети бедра, у 12(52%) -в средней трети и у 4 (17,6%) - в нижней трети.

Косые переломы в 5 (21,7%) случаев, спиралевидные у 8 (34,7%) больных, поперечные - у 5 (21,7%) и оскольчатые-5 (21,7%) случаях. У 7 (30,4%) отмечались множественные травмы опорно-двигательного аппарата.

В течение первой недели после травмы оперированы 12 (52%) пациентов, у 11 (48%) пациентов остеосинтез выполнен на 8-16 сутки. Проводился открытый интрамедуллярный остеосинтез без рассверливания костно-мозгового канала, применялись штифты: ЦИТО Кюнчера, прямоугольного сечения. После продольного шинирования бедренной кости штифтом для сближения отломков на протяжении плоскости излома накладывались 2-3 кольцевидных фиксатора с памятью формы, 5 (21,7%) пациентам с короткой плоскостью излома после интрамедуллярного остеосинтеза накладывались S - образные скобы.

Комбинированный напряженный остеосинтез при поперечных переломах диафизарного сегмента выложен по схеме: штифт + S-образная скоба с длинными ножками с ЭПФ, с установкой ножек по разным сторонам штифта, через оба кортикальных слоя-7 пациентам. Причем штифт применялся прямоугольного сечения.

Внутренний напряженный остеосинтез винтообразных переломов бедренной кости выложен по схеме: штифт + 2 или 3 кольцевидных фиксатора с термомеханической памятью формы. Кольца с памятью формы создают встречно-боковую компрессию отломков на штифте.

При оскольчатых переломах остеосинтез проводился на предварительно установленном штифте по схеме: штифт + 2 или 3 кольцевидных фиксатора с термомеханической памятью формы.

В послеоперационном периоде проводилась активное дренирование в течение 24-48 часов. Конечность укладывалась на шину. Гипсовые повязки не накладывались.

Результаты и обсуждение. В сроки 3,5-4 месяца переломы срослись у 8 (34,7%) больных . У

7 (30,4%) пациентов сращение наступило через 5 месяцев и у 8 (34,8%) свыше 5,5 месяцев до 8 месяцев. У 2 (8,6%) больных с переломами нижней трети бедренной кости наблюдались умеренная контрактура коленного сустава. У 1 (4,3 %) больного было нагноение раны. После активной антибактериальной терапии, снятия швов, дренирования, перевязок и физиолечения, процесс был купирован. Результаты лечения прослежены в течение 1 года. У 20 (87%) пациентов достигнуты хорошие и у 3 (13%) удовлетворительные результаты.

Заключение. Результаты комбинированного внутреннего остеосинтеза бедренной кости показали, что оперативная техника безопасна, проста и надежна при правильном выполнении. Достигается хорошая адаптация отломков и стабильность, что способствует улучшению естественных процессов сращивания кости и обеспечивает функциональное послеоперационное восстановление.

Литература

1. Котенко В.В.., Руководство по остеосинтезу фиксаторами с памятью формы, г. Новокузнецк,1996,2,1
2. Копысова В.А., Городилов ВП и др., Материалы международной конференции травматологов-ортопедов, Тезисы докладов, Новосибирск,2007 г.
3. Котенко В.В., Копысова В.А., Остеосинтез длинных трубчатых костей. "Актуальные вопросы медицины катастроф", г. Новокузнецк, 2008 Г.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ

Калиев А.К., Искаков Н.Ж., Смагулов А.М.
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, кафедра хирургических болезней №1, г. Алматы, Республика Казахстан

Резюме. Проведен анализ результатов лечения у 175 пациентов. Электрохимически активированный раствор нейтрального анолита оказывает выраженное бактерицидное и некролитическое действие, применение нейтрального анолита обеспечивает быструю ликвидацию гнойного отделяемого раны, уменьшает гиперемию и инфильтрацию вокруг раны. Применение препаратов цитокинов ("Беталейкин") с последующим применением раствора католита значительно стимулирует репаративные и ранозаживляющие процессы в ране. Комплексное же применение нейтрального анолита, препаратов цитокинов и католита существенно снижает средний показатель койко-дней.

Резюме.175 пациентти дарылоо анализдеринин жыйынтыгы откорулгон электрохимиялык активдуу эритменин нейтролдуу анолити бактерицилддик жана некролиттик жардам корсотуп, нейтралдык аноллитти колдонуу прицдеген жараны тез аяктырып жаранын тегерегиндеги гиперемияны жна инфильтрацияны азайтат. Цитокин ("Баталейкин") препараттарян колдонуу кийинкиктолит эритменин колдонууда бир далай репртильдик Жана жаракатта тез жандануу процессин стимулдантырат, комплекстуу нейтралдык анолитти, цитокин жна католит препарттарын комплекстуу колдонушу керебет-кундун орточо корсотмосун бир далай ылдыйлатат.

Resume. In this article analyze of treatment results of 175 patients was done. Electrochemical activate liquid of neutral anolit act frank bactericidal necrologic actions, and using of neutral anolit provide festinant liquidation of purulent discharge of wound, retract hyperemia and infiltration round wound. Using of preparation citocin ("Betaleicin") with follow-up using of catolit liquid greatly stimulate reparative and wound-healthing process in wound. Complex using of neutral anolit, preparation citocin and catolit greatly decrease middle ratio of bed-day.

Проблема лечения гнойных ран различного генеза относится к числу наиболее старых разделов медицины и, имея многовековую историю, до настоящего времени не потеряла своей значимости. Актуальность этой проблемы усугубляется тем, что, при всех успехах антибиотикотерапии и совершенствовании хирургической техники, не наблюдается заметной тенденции к уменьшению количества гнойно-воспалительных осложнений /1, 2, 3, 11/. Это связано с многочисленными широко известными факторами (увеличение количества операций, в том числе травматичных, рост количества микробных штаммов чрезвычайно устойчивых к антибактериальной терапии, внутрибольничная инфекция, снижение иммунологической резистентности организма и т.д.), которые как по отдельности, так и в совокупности приводят к неблагоприятному течению раневого процесса /3, 4, 5, 6/. На этом фоне общепринятые методы лечения зачастую оказываются малоэффективными и возникает настоятельная необходимость в их усовершенствовании, а также разработке новых методов и средств с использованием новейших научно-технических достижений /1, 8, 9, 11/.

В последние годы определённый оптимизм в борьбе с хирургической инфекцией связывают с появлением электрохимически активированных растворов (анолита нейтрального и католита) и препаратов цитокинов, в частности лекарственной формой рекомбинантного интерлейкина 1-бета человека - "Беталейкином" /8, 9, 10, 11/. Однако сведения, имеющиеся в доступной литературе, немногочисленны и нередко противоречивы, что, по-видимому, связано с новизной указанных средств и недостаточной их апробацией в клинической практике. Кроме того, мы не встретили данных по изучению эффективности совместного применения электрохимически активированных растворов и "Беталейкина" при местном лечении гнойных ран, что явилось целью настоящего исследования.

Материалы и методы. Собственные клинические наблюдения были проведены в отделении хирургических инфекций ЦГКБ г. Алматы, отделения костно-гнойной хирургии ГКБ № 4 г. Алматы с 2005г. по 2010 г. В работе проанализированы данные обследования и лечения 175 больных с различными гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей в возрасте от 17 до 72 лет, среди них мужчины составляли - 57,1 %, женщины - 42,9 %. Больные были разделены на 2 группы: больным первой контрольной группы (52 больных) проводилось стандартное общепринятое лечение. В основной группе, состоящей из 123 больных, местное лечение гнойных ран осуществлялось с применением электрохимически активированных растворов (нейтрального анолита и католита) и иммуномодулятора "Беталейкина" по разработанному нами способу (приоритетная справка на заявленное изобретение № 2007/1085.1 от 22.08.2007г.). Сущность предлагаемой методики сводится к следующим основным моментам.

После вскрытия очага инфекции, эвакуации гноя, удаления некротических масс и предварительной санации 3% раствором перекиси водорода, в рану устанавливали марлевые тампоны, обильно смоченные электроактивированным раствором анолита (от 1-го до 3-х раз в сутки). При глубоких межмышечных флегмонах на дно ран устанавливались микроирригаторы или дренажные трубки, через которые вводился раствор анолита от 3-х до 5-ти раз в сутки, в зависимости от выраженности гнойно-некротического процесса. После отторжения некротических тканей и прекращения гнойного отделяемого, с целью иммунокоррекции и стимуляции репарации рану 1 раз в сутки орошали раствором "Беталейкина" в концентрации 10 нг/мл и закрывали стерильной повязкой до появления первых грануляций, в среднем 1-3 дня. После чего для стимуляции ранозаживляющих процессов, в рану устанавливали марлевые тампоны обильно смоченные раствором католита (3-5 раз в сутки).

Эффективность применения предлагаемого способа лечения гнойных ран оценивалась на основании следующих параметров: уровень бактериальной обсеменённости ран, цитология раневого процесса, сроки формиро-

вания грануляционной ткани и появления краевой эпителизации ран.

Результаты и их обсуждение. Результаты клинических наблюдений показали, что применение нейтрального анолита приводит к резкому уменьшению гнойного отделяемого в ране уже к концу первых суток лечения. При небольших размерах раны на 2-3 сутки полностью отторгаются некротические ткани, значительно уменьшается отек и инфильтрация окружающих тканей, появляется сочная грануляционная ткань. При обширных гнойных поражениях некротические ткани лизируются и отторгаются на 3-5 день. При этом у 85% больных количество микробов в 1 мл раневого экссудата уменьшалось на 4-5 порядков и было ниже критического уровня. На цитограммах на 2-3 день лечения резко уменьшались дистрофические и некротические изменения нейтрофилов, отмечалась выраженная активация фагоцитоза. В мазках-отпечатках раневого отделяемого снижалось общее количество микробных тел, преобладали внеклеточно расположенные микробы. После исчезновения гнойного отделяемого в рану укладывали салфетки смоченные раствором "Беталейкина" в концентрации 10 нг/мл 1 раз в сутки до появления грануляций (в среднем 1-3 суток), после чего несколько раз в течение суток рану обрабатывали электроактивированным раствором католита. При этом обычно, к 5-6 дню раны небольших размеров полностью заживали, у больных быстро нормализовалось общее состояние, улучшался сон и аппетит.

Наибольшее первоначальное бактерицидное действие нейтральный анолит оказывал на стафилококки и стрептококки, быстро снижая их количество в ране. На 3 сутки после операции и местного лечения, количество их составило: стрептококки - 10 3, стафилококки - 10 3, протея - , кишечная палочка - .

Возбудителем острой гнойной инфекции чаще всего был стафилококк (48,4%), граммотрицательная микрофлора (25,5%), стрептококковая флора (12,45%), ассоциации микроорганизмов (13,45%).

При определении pH гнойных ран с помощью универсальной индикаторной бумаги "Albu PhanR" отмечено, что в первые сутки после операции реакция экссудата была кислой, в среднем 5,95 + 0,4 у больных обеих групп, что указывает на угнетение репаративных процессов. Местное применение электрохимически активированных растворов и препарата Интерлейкин-1? способствует уменьшению ацидоза в ране, и уже к 3-м суткам после начала лечения pH раны приближается к 7,0, а на 5-е сутки pH среды находится в пределах 7,0 + 0,06, причём у пациентов контрольной группы этот показатель указанной величины не достигает даже к 11-м суткам лечения. Анализ клинических исследований показал, что количество гнойного отделяемого из ран у больных основной группы носило тенденцию к быстрому уменьшению в первые трое суток после операции. И уже к 4-5 суткам гнойные раны практически полностью очищались от гнойного экссудата. В контрольной группе больных гнойное отделяемое из ран сохранялось продолжительнее и наблюдалось в течение 10-11 суток, даже при наличии признаков заживления раны. У больных основной группы отмечалось появление грануляций и начало эпителизации в более ранние сроки, чем у больных контрольной группы, в среднем на 3-4 суток.

Исследования цитологического состава раневого отделяемого показало, что основным типом клеток в очаге воспаления являются нейтрофилы (около 90%), небольшую часть составляют лимфоциты (4,4%) и макрофаги (3,05%). Фибробласты в смывах находятся в крайне незначительном количестве. Местное применение "Беталейкина" оказало позитивные изменения клеточного состава раневого отделяемого. У больных уже на 3-и сутки после применения "Беталейкина" достоверно увеличивалось относительное количество лимфоцитов и макрофагов в раневом очаге по сравнению с исходными значениями.

В таблице №1 представлены сравнительные показатели сроков лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями стандартным методом и предлагаемой нами методикой.

Таблица 1.

Результаты лечения гнойно-воспалительных заболеваний в зависимости от применяемых методов лечения.

Наименование гнойно-воспалительных заболеваний	Сроки лечения стандартным методом, дни	Сроки лечения предлагаемым методом, дни	Эффективность, %
Гнойные раны травматического происхождения	16,1 ± 5,4	9,5 ± 1,2	41,0
Панарициии	15,3 ± 4,9	8,3 ± 1,8	45,8
Флегмоны	16,9 ± 3,7	12,3 ± 3,2	27,2
Абсцессы	14,2 ± 3,5	7,1 ± 1,8	50,0
Фурункулы	12,6 ± 3,5	5,1 ± 1,8	59,5
Всего	15,02 ± 4,2	8,5 ± 1,9	43,4

Таким образом, как показали наши исследования комплексное лечение гнойных ран с использованием нейтрального анолита, католита и "Беталейкина" оказывает достоверное положительное влияние на течение гнойной раны. Метод значительно сокращает первую фазу течения гнойно-воспалительного процесса, обеспечивает более быстрый переход во вторую фазу и ускоряет процесс репарации раны.

Данная методика позволила сократить сроки лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями, по сравнению с традиционным методом, в 1,5 -2 раза.

Литература:

1. Ерюхин И.А. Инфекция в хирургии, старая проблема накануне нового ты-сячелетия//Вестник хирургии. - 1998. -№ 1.-С. 85-91.

2. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. Руководство для врачей. -М.; Медицина. -1996. - 416с.

3. Марютин П.В., Костюченко АЛ. Инфекция в хирургии. Надежда и реаль-ность // Вестник хирургии. - 1998. - № 4. - С. 121 - 123.

4. Черешнев В.А., Циммерман Я.С., Морова А.А. Причины и последствия разрушения природной экологической системы "макроорганизм - эндосимбионтные бактерии", выработанной в процессе эволюции и естественного отбора // Клин. мед.-2001.-N 9.-С. 4-8.

5. Воробьев А.А. Современные проблемы микробиологической безопасности // Вестн. Рос. АМН - 2002.- №10.- С.9-12.

6. Титов Л.П., Вотяков В.И., Кожемякин А.К. Мосина Л.И. Эволюция микробов и ее медицинское значение // Здравоохранение.-2002.-№ 8.-С.30-35.

7. Боброва Н.В., Земсков А.М., Высоцкая А.Т. Иммунокоррилирующая терапия гнойной инфекции мягких тканей // Хирургия. - 1991. - № 7. - С. 28 -31

8. Варюшина Е.А. Анализ иммуностимулирующего действия ИЛ-1 бета при местном применении у человека. Автореф. дисс. … канд. биол. наук. СПб. 1998. 20 с.

9. Девятов В.А. Применение в хирургии электрохимически активированных водных растворов и лекарственных средств на их основе // Врач.- 2000.- N 5. - с.30-31.

10. Девятов В.А., Петров С.В. Применение воды, активированной электрохимическим методом (обзор) // Хирургия.- 1998.- № 7.- с.61-63.

11. Гридин А.А., Применение элетроактивированных водных растворов в лечении больных с гнойными ранами: Дисс. канд.мед. наук, 125 с. Воронеж 2005г.

ОПЫТ И РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МЕНИСКОВ

Бегалиев А.А., Мамыров М.К., Тырготов Т.А., Джандарбеков С.Т.
Кыргызско - Российский славянский университет, кафедра частных хирургических дисциплин, Мед. центр Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, отделение хирургии. Бишкек, Кыргызстан.

Резюме. Бул макалада 138 пациенттин мениск бузулуусун артроскопиялык дарылоо усулдарынын тажрыйбасы жана натыйжасы берилген. Клиникалык маалыматтар толугу менен сунушталып жана артроскопиялык кийлигишүүсүнүн артыкчылыгы көрсөтүлгөн. Авторлор 100% учурда жакшы жана канаттандыруучу жыйынтыктарга жетишкен, кошумча оруу эч бир учурда кездешкен жок.
Негизги сөздөр: Тизе мууну, бузулуу, мениск, артроскопия, мениск резекциясы.

Резюме. В статье приводится опыт и результаты артроскопических методов лечения повреждений менисков у 138 пациентов. Подробно представлены клинические данные, показано преимущество проведения артроскопического вмешательства. Авторам удалось добиться хороших и удовлетворительных результатов лечения в 100% случаев, осложнений не было ни в одном случае.
Ключевые слова: коленный сустав, повреждение, мениск, артроскопия, резекция мениска.

Resume: In the article we represent experience and results of arthroscopic methods of treatment meniscus damages at 138 patients. Clinical data are presented in details; preference of carrying out arthroscopic interventions is shown. Authors achieved good and satisfactory results of treatment in 100 % of cases, there was no complication.
Key words: knee joint, damage, meniscus, arthroscopy, excision of meniscus.

Введение. Мениски коленного сустава представляют собой хрящевые прокладки, которые выполняют роль амортизаторов в суставе, а так же стабилизируют коленный сустав. При движениях в коленном суставе мениски сжимаются, их форма изменяется (1,3,5). Разрывы менисков самая частая из травм коленного сустава - до 75% от всех закрытых повреждений коленного сустава. По данным клиники спортивной и балетной травмы ЦИТО, повреждения менисков составляют 60,4% на 3019 человек, из них 75% - больные с повреждениями внутреннего мениска, 21% - с повреждениями наружного мениска, и 4% - с повреждениями обоих менисков (1,2,6). Чаще эта травма встречается у мужчин (3,5,7,9). Возникают повреждения менисков при резких движениях голени с поворотом в коленном суставе, при фиксированной стопе. Реже разрывы менисков происходят при приседании, при прыжках. Часто травма, которая привела к разрыву мениска, может быть незначительной. Травматические повреждения менисков могут сочетаться и с другими травмами структур коленного сустава: боковых и крестообразных связок, капсулы сустава (5,8,10,).

В качестве хирургического лечения в нашей республике до недавнего времени производился артротомия и полное удаление. На сегодняшний день развитие науки и техники позволило применять эндоскопическую методику и отказаться от больших и травмирующих вмешательств на коленном суставе (1,2,3,4,5,6,7).

Артроскопия коленного сустава заключается в первоначальном осмотре и диагностике через два миниатюрных разреза-прокола (диаметром 4-5 мм) с помощью видеооптической операционной системы. Через эти же отверстия при помощи тонких инструментов выполняются хирургические манипуляции. В настоящий момент артроскопия коленного сустава применяется для лечения всех суставов (1,3,5,6,7,9,10). В нашей статье представлен первый отечественный опыт применения арт-

роскопического метода диагностики и лечения больных с повреждением менисков.

Материалы и методы. На основании собственных наблюдений проведен анализ результатов артроскопических вмешательств на коленном суставе при повреждении менисков у 138 пациентов, находившихся на лечении в отделении хирурги мед. центра КГМА. Период наблюдения составил с 2009 по 2010 гг.

Распределение исследованных больных по полу было следующим: из 138 больных мужчин было 68 (49,3%), женщин - 70 (50,7%). Возраст больных был в пределах от 17 до 78 лет, средний возраст больных составил 37,5±15,5 лет.

Всем пациентам по плану обследования с целью оценки изменений коленного сустава, проводились следующие инструментальные методы исследования по общепринятой методике:

- рентгенография коленного сустава в двух проекциях;
- ультразвуковое исследование коленного сустава;
- МРТ коленного сустава.

Кроме того особое внимание уделяли анамнестическим данным и локальному статусу, при котором выявлялись те или иные характерные симптомы повреждения менисков.

Для проведения артроскопических манипуляций нами использовался артроскопический набор фирмы "Storz", включающей в себя набор низкопрофильных инструментов.

Оперативное вмешательство производилось под спинномозговой анестезией или внутривенным наркозом по стандартной методике. Перед проведением артроскопии на бедро пациента накладывается турникет - жгут, с помощью которого удается предупредить кровотечения в полость сустава. Это улучшает визуализацию врачу, проводящему артроскопию. Длительность операции составляет в среднем 15-25 минут.

В послеоперационном периоде применяется компрессирующий трикотаж, для профилактики тромбоэмболических осложнений назначаются антиагреганты в течении трех дней. С первого же дня пациенту рекомендуется тренировка околосуставных мышц для предотвращения их атрофии. Через неделю уже можно полностью сгибать коленный сустав. На 5 - 6 сутки разрешается постепенная нагрузка на сустав.

Результаты и их обсуждение. При изучении анамнеза заболевания особо важным моментом мы считаем выяснение механизма травмы. В нашем исследовании из 138 пациентов спортивный механизм травмы отмечен нами у 68 (49,2%) пациентов, бытовой у 43 (31,1%) пациентов, дорожно-транспортный механизм у 5 (3,7%) и 22 (15,9%) пациентов отрицают получение какой либо травмы коленного устава. У 100 больных с травмой в анамнезе сроки от момента повреждения мениска до оперативного вмешательства составили от 7 дней до 4,5 лет, в среднем 144,5±30,6 дней.

Из 138 больных в 2 (1,4%) случаях имело место повреждение менисков обеих коленных суставов, у 31 (22,4%) пациентов были повреждены как внутренний, так и наружный менски, у 15 (10,9%) только наружный мениск и у 92 (66,7%) пациентов только внутренний.

При обращении положительный симптом Байкова был отмечен у 135 (97,8%) пациентов положительный симптом Чаклина у 83 (60,1%), Перельмана - у 107 (77,5%), Ланда - у 55 (39,9%), Турнера - у 22 (15,9%), Штеймана-Бухарда у - 26 (18,8%), Турецкой посадки у - 64 (46,3%), у 57 (41,3%) пациентов отмечен симптом наличия блоков. При проведении артроскопии нами отмечена следующая локализация повреждения мениска: изолированное повреждение тела - у 21 (15,2%) пациентов, тела и заднего рога - у 38 (27,5%) пациентов, тела и переднего рога - у 3 (2,2%) пациентов, переднего рога - у 6 (4,3%), заднего рога - у 45 (32,6%), все отделы - у 25 (18,2%) пациентов. У 39 (28,3%) больных отмечался помимо повреждения менисков также и дефект хряща суставных поверхностей, а у 44 (31,9%) полный или частичный разрыв передней крестообразной связки.

Нами диагностированы 88 случаев продольного, 35 случаев лоскуного, 12 случаев горизонтального и 9 случаев радиального повреждения менисков.

Всем 138 пациентам произведены лечебное артроскопическое вмешательство, при которых производился порциальная резекция поврежденной части мениска, удаление хондромных тел, частичная синовиэктомия, резекция медиапателярной складки.

При оценке отдаленного периода вмешательства в сроках от 3 месяцев до 2 лет мы оценивали следующие параметры: наличие болей в коленном суставе, подвижность сустава, опорная функция, возвращение к активной трудовой деятельности и занятие спортом. Хорошими считали результаты, когда пациентов не беспокоили боли, функция коленного сустава восстанавливалась полностью, больные возвращались к обычной трудовой деятельности. Удовлетворительными считали результаты, при котором пациенты отмечали наличие умеренного болевого симптома при длительной физической нагрузке на коленный сустав, наличие незначительного ограничения подвижности сустава. Неудовлетворительными результатами считали выраженное ограничение движений или полную потерю функции коленного сустава вследствие прогрессирования дегенеративных воспалительных процессов в суставе.

При этом хорошие результаты лечения получены нами у 122 (88.4%) пациентов, удовлетворительные - у 16 (11.6%) и неудовлетворительный результат у пациентов не встречался.

Выводы. Таким образом артроскопические вмешательства при повреждении мениска коленного сустава являются ценным диагностическим и лечебным методом позволяющим в 89,3% процентах случаев добиться хороших и удовлетворительных отдаленных результатов. При правильном техническом исполнении не дающим каких либо интра- и ранних послеоперационных осложнений. Малоинвазивность артроскопического метода лечения позволяет восстановить трудоспособность пациентов уже через 3-4 недели после операции. Менискотомия, выполненная с помощью артроскопии, является малоболезненной, и уже на второй день после операции больной может наступать на оперированную конечность.

Литература:

1. Артроскопическая диагностика и лечение больных с острым гемартрозом коленного сустава/ С Трачук А.П., Тихилов Р.М., Соленый Г.П. и др. // Сборник материалов Третьего Конгресса Российского Артроскопического Общества.-Москва, 2000.-С.45-55.

2. Меркулов В.Н., Соколов О.Г., Мининков Д.С., Самбатов Б.Г., Требухин К.Ю. Особенности внутрисуставных повреждений коленного сустава у детей и подростков по данным артроскопической диагностики // Материалы научно-практической конференции детских травматологов-ортопедов России. Екатеринбург. 19-21/09.07. С. 82-83

3. Меркулов В.Н., Соколов О.Г., Стужина В.Т., Ельцин А.Г., Мининков Д.С., Самбатов Б.Г., Требухин К.Ю. Современные принципы диагностики внутрисуставных повреждений коленного сустава у детей и подростков. Артроскопическая верификация диагноза // Сборник тезисов VIII съезда травматологов ортопедов России "Травматология и ортопедия XXI века".- Самара, 2006. - Т. 1. - С. 420.

4. Миронова З.С., Фалех Ф.Ю. Артроскопия и артрография коленного сустава.-М.:Медицина, 1982.-112с.

5. Особенности диагностики, лечения и реабилитации спортсменов и артистов балета с повреждениями коленного сустава/ Стаматин С.И., Якунина Л.Н., Марин И.М., Ремизов В.Б.// Материалы 5 всероссийского съезда травматологов-ортопедов.-Ярославль, 1990.-Ч.2.-С.36-38.

6. Переваги атроскопічних методів діагностики і лікування патології колінного суглоба /Я.Є.Яцкевич, Т.М.Підліссцький, А.П. Олекса та ін. //Ортопедия, травматология и протезирование.-1999.-№3.-С.112-117.

7. Травмотология и ортопедия / Руководство для врачей. В 3-х томах/ под ред. Шапошникова Ю.Г. - М.: "Москва", 1997.

8. Чехович Г.Г. Діагностично-оперативна артроскопія при деяких пошкодженнях та захворюваннях колінного суглоба// Ортопедия, травматология и протезирование.-1999.-№3.-С.114-115.

9. Aigner R., Gillquist J. Arthroscopy of the knee.-Stuttgart; New York: Thieme Med.Publ.;1991.-149p.

10. Zarins B. Arthroscopic surgery in a sport medicine practice// Orthop. Clin. Noth. Am.- 1982.-Vol.2.- P. 34-60.

МЕТОД ПЕРЕДНЕГО СПОНДИЛОДЕЗА ПОРИСТЫМ НИКЕЛИДОМ ТИТАНА КАК АЛЬТЕРНАТИВА АУТОКОСТНОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

С.А. Джумабеков, Р.А. Уматалиев, М.К. Сабыралиев, Мырзахат уулу Абас
Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии г. Бишкек, Ошская межобластная объединенная клиническая больница, г. Ош

Резюме. В коллективном труде авторов приведены данные по изучению применения пористого никелида титана при переднем спондилодезе при дегенеративно-дистрофических изменениях пояснично-крестцового отдела позвоночника в сравнении с аутокостной стабилизацией у 41 пациентов в отделениях патологии позвоночника БНИЦТО и нейрохирургии ОМОКБ. Полученные преимущества данной методики позволяют рекомендовать ее для широкого применения в вертебрологии.

Ключевые слова: кейдж, пористый никелид титана, аутокостная стабилизация, пояснично-крестцовый отдел позвоночника, межтеловой спондилодез

СУНУШТАЛГАН ЫКМАНЫН АРТЫКЧЫЛЫКТАРЫ, ВЕРТЕБРОЛОГИЯДА КЕНИРИ КОЛДОНУУГА МҮМКҮНЧҮЛҮК БЕРДИ.

Корутунду. Бул авторлордун коллективдик илимий эмгегинде БИИТОБнун омурткалар патологиясы жана ООБОнын нейрохирургия бөлүмдөрүндө, омуртка тутумунун бел-куймулчак бөлүмүнүн дегенеративдик оорулары менен 41 жабыркалануучунун, титан никелидин колдонуу менен алдынкы корпородез ыкмасы, сөөк колдонуп бекитүү менен салыштырылып көргөзүлдү.

The summary. In collective work of authors data on studying application porous nickel-titanium are cited the at forward interbody fusion at degenerative diseases of lumbosacral department of a backbone in comparison with bonecraft stabilization at 41 patients in branch of a pathology of backbone BSRCTO and neurosurgery OHCH. The received advantages of the given technique allow to recommend it for wide application in vertebrology.

Keywords: Cage, porous nickel-titanium, stabilization by bonecraft, lumbosacral department of the spine, interbody fusion.

Введение. При хирургическом лечении дегенеративных заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника межтеловым спондилодезом базисом является применение трансплантатов из аутокости [1, 2].

Но это вынуждает пациента находиться на длительном постельном режиме, соблюдать определенный режим ограниченной функциональной активности в течение 4-6 месяцев и к тому, же часто заканчивается лишь фиброзной перестройкой аутотрансплантата [3, 4, 5].

И целью нашего исследования мы обозначили - улучшение результатов хирургического лечения дегенеративных заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника путем применения имплантатов из пористого никелида титана.

Материал и методы исследования. Нами было проведено обследование и хирургическое лечение 41 пациентов с дегенеративными заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника, на базе отделения патологии позвоночника Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии и отделения нейрохирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы с 2007 по 2010

ды.

Среди оперированных 41 больных было 18 (44,0%) мужчин и 23 (56,0%) женщин.

Оперативное пособие выполняли в основном под общим наркозом (НЛА+ИВЛ). Укладка пациента производилась на правый бок, при этом важную роль играет придание наклонного положения туловищу по отношению к вертикальной плоскости.

Как мы определили впоследствии, для выполнения доступа к межпозвоночным дискам поясничного отдела больного оптимальным является укладка на правый бок и затем наклон туловища кзади в аксиальной плоскости на 300 при подходе к L3-L4, на 450 - L4-L5, и на 350 к диску L5-S1.

Доступ к патологическому очагу осуществляли строго над пораженным диском, путем левостороннего внебрюшинного доступа. Рассекали послойно апоневроз m. obliquus abdominis externus, m. obliquus abdominis internus, m. transversus abdominis, при этом мышечные волокна не пересекали, а разъединяли вдоль волокон. Тупо разводили поперечную фасцию и предбрюшинный жировой слой, отслаивали брюшину, и с помощью широких печеночных зеркал ее смещали медиальнее и кверху.

После мобилизации сосудистого пучка (аорта, общая подвздошная артерия и вена) плотным тупфером, сосуды смещали медиально и ножом коагулятора надсекали превертабральную фасцию для лучшей ее мобилизации. Затем обнажали тела смежных позвонков и диск. После обнажения переднебоковой поверхности тел и межпозвоночного диска, фиброзное кольцо рассекается, в виде повернутой по часовой стрелке на 90 градусов буквы "П". Створки образовавшихся лоскутов при помощи держалок разводятся в разные стороны, защищая тем самым аорту и нижнюю полую вену от зоны операционного действия и случайных их повреждений.

Удаляется части дегенеративно измененного диска, грыжевое выпячивание и гиалиновые пластины сочленяемых позвонков при помощи костных долот. Затем измеряется расстояние между смежными сочленяющими поверхностями позвонков и после расклинивания сегментов выдвижным валиком операционного стола, берется имплантат из пористого никелида титана на 4-5 мм. больше высоты межкорпорального пространства и укладывается в межкорпоральное пространство горизонтально. Ранее рассеченное фиброзное кольцо укладывается впереди трансплантатов и сшивается. В забрюшинное пространство подводится пластиковый катетер, который обычно удаляется через 24-48 часов. Края раны послойно сшиваются.

При этом высота и размер имплантата из пористого никелида титана непосредственно измеряется интраоперационно, и отрезается путем скусывания секвестральными кусачками и использованием костного долота. Тем самым достигается, что контактные поверхности имплантата остаются более шероховатыми, что улучшают степень жесткой фиксации сочленяемых сегментов. Стерилизация же имплантов происходит в сухожаровом шкафу, и до момента использования находится в растворе антибиотика "Метрид" - 100,0 на 1-1,5 часа, чем обеспечивается профилактика воспалительно-нагноительных процессов.

Результаты исследования и их обсуждение. В послеоперационном периоде активизация больных производилась на 3-сутки, тогда как после аутокостного спондилодеза активизация осуществляется только на 12-14 сутки, что нередко осложнялось присоединением гипостатической пневмонии, гипотрофией мышц нижних конечностей, рефлекторной задержкой мочеиспускания, парезом кишечника и илеофеморальным тромбозом, особенно в пожилом возрасте.

Через неделю пациенты начинали сидеть, и через 2-2,5 месяца могли выполнять средней тяжести физическую работу, чего мы достигаем через 6-7 месяцев после выполнения переднего спондилодеза аутотрансплантатом.

Таким образом, можно полагать, что передний межтеловой спондилодез имплантатом из пористого никелида титана, значительно улучшает результаты хирургического лечения дегенеративных заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Заключение.

1. Передний спондилодез с использованием имплантов из пористого никелида титана является альтернативным методом выбора при дегенеративных заболеваниях позвоночника.

2. В сравнении с аутокостным спондилодезом, применение пористого никелида титана обеспечивает первичную прочность стабилиза-

ции позвоночно-двигательного сегмента, что позволяет рано активизировать больных. Это сокращает сроки пребывания в стационаре, предотвращает возникновение осложнений, связанных с длительным постельным режимом и способствует раннему восстановлению работоспособности пациента

3. Исключается дополнительная физическая и моральная травма пациенту, являющаяся следствием забора аутотрансплантата (дополнительный рубец, дефект крыла подвздошной кости, болевой синдром в месте забора аутокости).

Литература

1. Мусалатов Х.А. О показаниях к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска при поясничном остеохондрозе / Х.А. Мусалатов, А.Г. Аганесов, Н.Е. Хорева // Нейрохирургия. - 1999. - № 2. - С. 29-30.

2. Радченко В.А. Оптимизация хирургической тактики и техники при дистрофических заболеваниях поясничного отдела позвоночника: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.А. Радченко. - Харьков, 1996. - 43 с.

3. Хорева Н.Е. Основные ошибки при хирургическом лечении грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника / Н.Е. Хорева, В.В. Крылов, Д.Н. Дзукаев // Матер. III съезда нейрохир. России. - СПб., 2002. - С. 292-293.

4. Юмашев Г.С. Оперативное лечение передним доступом грыж диска в поясничном отделе позвоночника / Г.С. Юмашев, О.Е. Капанадхзе, М.Н. Елизаров // Остеохондроз позвоночника: Матер. науч. симпоз. - М., 1992. - С. 96-101.

5. Godde S. Influence of cage geometry on sagittal alignment in instrumented posterior lumbar interbody fusion / S. Godde, E. Fritsch, M. Dienst, et al. // Spine. - 2003. - Vol. 28. - P. 1693-1699.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ИМПЛАНТАТАМИ ИЗ ПОРИСТОГО НИКЕЛИДА ТИТАНА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

С.А. Джумабеков, Р.А. Уматалиев, М.К. Сабыралиев, Мырзахат уулу Абас
Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии, г. Бишкек
Ошская межобластная объединенная клиническая больница, г. Ош

Резюме. В научной работе отражены результаты хирургического лечения 98 пациентов с дегенеративными поражениями пояснично-крестцового отдела позвоночника в отделениях патологии позвоночника БНИЦТО и нейрохирургии ОМОКБ в период с 2007 по 2010 годы. На основе имеющихся передних стабилизирующих операций с применением аутотрансплантата, внедрена новая методика хирургической стабилизации нестабильных дегенеративных поражений передним, стабилизирующим корпородезом пористым никелидом титана. Дана сравнительная оценка результатов стабилизации аутокостью и никелидом титана.
Ключевые слова: пористый никелид титана, аутокость, пояснично-крестцовый отдел позвоночника, дегенеративные поражения.

АУТОТРАНСПЛАНТАТ ЖАНА ТИТАН НИКЕЛИДИ МЕНЕН ОМУРТКАЛАРДЫ БЕКИТҮҮ НАТЫЙЖАЛАРЫ САЛЫШТЫРЫП КӨРГӨЗҮЛДҮ.

Корутунду. Бул илимий эмгекте БИИТОБнун омурткалар патологиясы жана ООБОнун нейрохирургия бөлүмдөрүндө 2007- 2010 жыл аралыгында омуртканын тутумунун бел-куймулчак бөлүмүнүн дегенеративдик оорулары менен 98 жабыркалануучунун хирургиялык дарылоосунун натыйжалары көргөзүлгөн. Бөлүмдө жасалып жүрүүчү аутотрансплантат менен алдынкы корпородез ыкмасын үлгү катары алып, туруксуз омурткa тутумун титан никелидин колдонуу менен алдынкы корпородез ыкмасы сунушталды.

The summary. In scientific work results of surgical treatment of 98 patients with degenerate defeats of lumbosacral department of a backbone in branches of a pathology of backbone BSRCTO and neurosurgery OHCH during 2007 for 2010 are reflected. On the basis of available forward stabilizing operations with application bonecraft, the new technique of surgical stabilization of astable degenerate defeats to the lobbies stabilizing interbody fusion porous nickel-titanium is introduced. The comparative estimation of results of stabilization and porous nickel-titanium the titan is given.

Keywords: porous nickel-titanium, bonecraft, lumbosacral department of the spine, degenerative defeats.

Введение. Известно, что весьма актуальной проблемой современной вертебрологии является адекватное устранение сегментарной нестабильности позвоночно-двигательного сегмента, возникшей в результате дегенерации тканей межпозвонкового диска [1, 2].

Несмотря на многообразие существующих хирургических технологий, основной целью оперативного вмешательства при дегенеративных поражениях позвоночника было и остается устранение патоморфологических факторов. Патогенез дегенеративных поражений позвоночного столба складывается из последовательных фаз, среди которых выделяют и фазу нестабильности. Естественно, что стабилизация является важнейшим моментом патогенетически обоснованного лечения дегенеративных поражений позвоночника [3, 4].

При стабилизации пораженного ПДС классическим методом корпородеза (межтелевой), когда укладка трансплантата осуществляется кортикальной поверхностью к телам смежных позвонков, создается резервное пространство между трансплантатом и материнским ложем (из-за анатомической кривизны крыла подвздошной кости).

Это свою очередь создает неблагоприятные условия для стабильного корпородеза за счет уменьшения площади и плотности соприкосновения аутотрансплантата с материнским ложем [5, 6].

Различные же модификации укладки аутотрансплантатов (вертикально, спаренно, по типу "русского замка") хотя и увеличивают площадь контакта с материнским ложем, однако ускорить процесс остеоинтеграции и формирование костного блока не могут. Также, немаловажной вехой при применении трансплантатов из аутокости для переднего спондилодеза является то обстоятельство, что пациент вынужден находиться на долгом постельном режиме и вытекающими отсюда осложнениями со стороны сердечно-сосудистой, легочной, мочевыделительной и опорно-двигательной систем [6].

И поэтому целью нашего исследования явилось - улучшение результатов стабилизирующих операций при дегенеративных поражениях пояснично-крестцового отдела позвоночника с применением имплантатов из пористого никелида титана.

Материал и методы исследования. На базе отделений патологии позвоночника Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии и нейрохирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы с 2007 по 2010 годы проведено хирургическое лечение 98 пациентов с дегенеративными заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника.

- Показаниями для оперативного лечения являлись:
- Неэффективность должного стойкого эффекта от консервативной терапии;
- Рецидивы заболевания более 3-4 раз в год;
- Наличие сегментарной нестабильности;
- Наличие компрессии нервно-сосудистых образований.

Среди оперированных 91 больных было 54 (59,3%) мужчин и 37(40,7%) женщин. Все больные были подразделены на основную группу (ОГ)-41(45%) пациентов и контрольную группу (КГ)-50 (55%) пациентов группы. Распределение пациентов по полу и возрасту в ОГ и КГ дано в таблицах 1, 2.

Таблица 1

Распределение пациентов основной группы по полу и возрасту (n-41)

Пол	Возраст (в годах)					Всего пациентов	
	до 30	31-40	41-50	51-60	старше 61	абс. ч.	%
Мужчины	1	12	4	1	-	18	44,0
Женщины	4	8	7	4	-	23	56,0
Абс. ч.	5 (12,2%)	20 (48,8%)	11 (26,8%)	5 (12,2%)		41	100,0

Возрастной диапазон их составил от 18 до 56 лет, В обеих группах заболеванию были подвержены лица трудоспособного возраста.

Таблица 2

Распределение пациентов контрольной группы по полу и возрасту (n-50)

Пол	Возраст (в годах)					Всего пациентов	
	до 30	31-40	41-50	51-60	старше 61	абс. ч.	%
Мужчины	6	14	15	1	-	36	72,0
Женщины	3	8	3		-	14	28,0
Абс. ч.	9 (18,0%)	22 (44,0%)	18 (36,0%)	1 (2,0%)	-	50	100,0

Пациентам основной группы был проведен передний стабилизирующий спондилодез заимствованных сегментов с применением пористых имплантатов из никелида титана. Пациентам же контрольной группы, проведен межтеловой спондилодез аутотрансплантатом из гребня подвздошной кости.

Результаты и их обсуждение. После проведения оперативного лечения активизация больных в основной группе производилась на 3-сутки, тогда как в контрольной группе активизация осуществлялась только на 10-12 сутки, что нередко осложнялась присоединением гипостатической пневмонии, гипотрофией мышц нижних конечностей, рефлекторной задержкой мочеиспускания, парезом кишечника, особенно выраженным у лиц выше 40 лет.

Также немаловажное значение в оценке результатов лечения сыграла роль, проведение контрольных спондилограмм, КТ и МРТ - исследований, где формирование костного блока в оперированном сегменте отставало в среднем на 2-3 месяца, и составило 3-3,5 месяцев в основной группе и 5-5,5 месяцев в контрольной группе.

В итоге после клинико-рентгенологической оценке лечения были отмечены следующие результаты:

1) хороший результат - полное восстановление трудовой деятельности, возможно ограничение больших физических нагрузок, состоявшийся спондилодез - достигнут у 34 (83%) больных основной и 29 (58%) больных контрольной группы;

2) удовлетворительный результат - частичное восстановление трудовой деятельности, имеют место рецидивы заболевания, купирующиеся консервативной терапией, формирующийся спондилодез - выявлен у 6 (14,6%) больных основной и 15 (30%) больных контрольной группы.

3) неудовлетворительный результат - отсутствие эффекта от лечения, ухудшение состояния, несостоятельность спондилодеза - отмечен у 1 (2,4%) пациента и 6 (12%) пациентов соответственно.

Таким образом, внедрение передних стабилизирующих операций имплантатом из пористо-

никелида титана, значительно улучшает результаты хирургического лечения дегенеративных поражений пояснично-крестцового отдела позвоночника по сравнению с аналогичными с применением аутокости.

Выводы. 1. В сравнении с аутокостным спондилодезом, спондилодез пористым никелидом титана обеспечивает первичную жесткую стабильность фиксации позвоночно-двигательного сегмента, что позволяет рано активизировать пациентов. Это сокращает сроки пребывания в стационаре, предотвращает возникновение осложнений, связанных с длительным постельным режимом, особенно у лиц пожилого возраста.

2. Пористые импланты из никелида титана коррозионно стойки, немагнитны. Исключается травматичность оперативного лечения, так как нет необходимости в аутокости (дополнительный рубец, дефект крыла подвздошной кости, болевой синдром в месте забора аутокости).

3. Исключается формирование псевдоартрозов, фиброзного сращения и лизиса аутотрансплантатов.

4. Внедрение в клиническую практику данного метода позволило повысить эффективность лечения и добиться получения хороших отдаленных результатов, увеличив их с 58,0% до 83,0%, сократив при этом с 12,0% до 2,4% количество неудовлетворительных результатов, в сравнении с традиционными методиками операции.

Литература:

1. Бисюков Д.А. Декомпрессия и металлоспондилодез в хирургии дегенеративных заболеваний в пояснично-крестцовом отделе / Д.А. Бисюков, М.Ф. Дуров, А.М. Стасюк // Науч.-практ. конф. SICOT: Тез. докл. - СПб., 2002. - С. 20-21.

2. Мусалатов Х.А. О показаниях к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска при поясничном остеохондрозе / Х.А. Мусалатов, А.Г. Аганесов, Н.Е. Хорева // Нейрохирургия. - 1999. - № 2. - С. 29-30.

3. Некрасов А.К. Анализ причин неудовлетворительных клинических исходов хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника / А.К. Некрасов, М.А. Некрасов // Акт. вопр. поврежд. и заболев. нервной сист.: Матер. конф. - Иваново, 2001.- С. 124.

4. Погожева Т.И. Сравнительный анализ возрастных и дегенеративно-дистрофических изменений при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника / Погожева Т.И. // Вертебрология - проблемы, поиски, решения: Матер. науч.-практ. конф. - М., 1998. - С. 146-147

5. Рождественский С.В. Осложнения хирургического лечения у больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника / С.В. Рождественский, А.С. Рождественский // VII съезд травматол.-ортопед. России: Тез. докл. - Новосибирск, 2002. - С. 212-213.

6. Симонович А.Е. Хирургическое лечение дегенеративных поражений поясничного отдела позвоночника: Дисс. .....доктора мед. наук. /Симонович А.Е., Новосибирск. - 2005. - 368.

АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕЛАПАРОТОМИЙ

Эралиев Б.А.*, Ашимов Ж.И. **, Ыдырысов И.Т. ***

(НХЦ, КГМИПиПК**, ТГБ г.Ош***)*

Резюме: основными причинами является позднее поступление больных с осложненными формами кишечной непроходимости, язвенная болезнь желудка и ДПК, холецистит. Недостаточное обследование больных до операции, задержка хирургического вмешательства, неадекватная коррекция нарушенных функций.

Ключевые слова: перитонит, релапаротомия, причины, летальность.

Резюме: ичегинин өткөргүчтүнүнүн бузулушунун, карындын жарасынын, он эки эли ичегинин, холециститтин күчөгөн формалары менен жабыркаган бейтаптардын дарыгерге кеч кайрылышы, бейтаптарды операцияга чейин текшерүүдөн так өткөрбөө, хирургиялык кийлигишүүнүү кече?детүү, функциялардын бузулушун туура эмес дарылоо негизги себеби болуп эсептелинет.

Негизги сөздөр: перитонит, релапаротомия, себептери, жыйынтык.

Resume: the main causes are later admission of the patients with complicated forms of intestinal obstruction, stomach ulcer and duodenum, cholecystitis, inadequate correction of disturbance functions.

Key words: peritonitis, relapatomy, causes, death rate.

Ведение. Число операций на органах брюшной полости составляет миллионы, в связи с чем, становится очевидной актуальность проблемы своевременной диагностики острых заболеваний органов брюшной полости, а также их осложнений. По данным НХЦ (М.Б.Искакова, 2007) среднегодовой показатель поздней госпитализации больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости за период 1999-2003 годы составил 42,4% (при остром аппендиците - 39,9, ущемленной грыже - 29%, острой кишечной непроходимости - 64,8%), что существенно влияло на исход заболевания.

Цель: Проанализировать причины, определяющие развитие осложнений и летальности по ЛПУ Ошской области за период с 2006-2008 годы (табл.1).

Результаты и обсуждения: По нашим данным отмечается увеличение показателя поздней обращаемости населения за медицинской помощью от 36,5% (2006) до 45,5% (2008). В среднем, в 13,6% случаев допускаются диагностические ошибки на догоспитальном этапе, а на госпитальном этапе они составляют 7,1%.

В 16,8% случаях в хирургическом стационаре наблюдается затягивание процесса определения показаний к неотложным оперативным вмешательствам. Даже после необходимого уточнения диагноза и определения показаний к операции, к сожалению, время проведения операции неоправданно затягивалось в 36,2% случаях. Между тем, год от года удельный вес отказа больных от предложенной операции уменьшается, так если в 2006 году он составлял 4,1%, то в 2008 году - 1,8%.

Таблица 1.

Факторы, определяющие развитие осложнений и летальности в различные годы

Факторы	2006	2007	2008
Поздняя госпитализация по причине:			
-поздней обращаемости за медицинской помощью	36,5	38,3	45,5
-ошибки медицинских работников на догоспитальном этапе	12,2	16,1	11,4
-ошибки врачей при первичном осмотре в стационаре	6,6	8,8	6,5
-затягивание процесса установки точного диагноза и показания к операции	16,7	18,6	14,4
Отказ больных от операции	4,1	2,2	1,8
Неоправданная задержка операции в стационаре	30,1	38,2	36,8
Тактико-технические недостатки:			
-предоперационной подготовки	6,8	12,5	11,2
-хирургической тактики	28,4	23,5	28,8
-оперативной техники	6,6	8,9	12,3
-анестезиолого-реанимационного пособия	26,5	29,4	25,9
-ведения больных (консультации, консилиумы, обследования)	44,7	42,8	45,6
-медикаментозного лечения	35,5	36,7	28,7

Анализ показал, что на всех этапах стационарного ведения больных имеют место те или иные недостатки. В частности, в течение 2007-2008 годов недостатки предоперационной подготовки больных увеличились почти в 2 раза, составляя 12%, тогда как в 2006 году удельный вес этих просчетов составлял 6,6%.

Удельный вес недостатков в анестезиолого-

реанимационном пособии колебался в пределах 25,9-29,8%. В таких же пределах сохраняется удельный вес и тактических ошибок (23,8-28,8%). Необходимо отметить, что частота технических погрешностей при операциях в 2008 году увеличилась почти в 2 раза в сравнении с 2006 годом и в 1,5 раза - в сравнении с 2007 годом.

Настораживает то, что удельный вес недостатков в организации консилиумов, консультаций, обследований составляют 43,2%, а медикаментозного лечения 34,2%.

Мы провели факторный анализ причин вынужденных и спланированных РЛ-1. Клиническим материалом служили данные 48 больных, оперированных по поводу острых заболеваний органов брюшной полости, у которых были выполнены вынужденные либо спланированные РЛ-1 в виду различных причин. Мужчин - 36 (94,7%), женщин - 12 (5,3%).

Таблица 2.

Распределение больных контрольной группы по полу и возрасту

Пол	Всего		Возраст		
	абс. ч.	%	18-45	46-59	60-62
Муж.	36	94,7	16	18	2
Жен.	12	5,3	5	4	3
Всего	48	100,0	21 (43,7%)	22 (45,8%)	5 (10,4%)

Возраст больных, подвергнутых вынужденной РЛ колебался от 18 до 62 лет (табл.2), но наибольший удельный вес был у больных среднего возраста (45,8%), затем молодого - 43,7%, а лица пожилого возраста составили 10,4%. В этой группе мы рассмотрели причины вынужденной релапаротомии (рис.1).

Рис.1. Причины послеоперационного перитонита у больных, подвергнутых вынужденной РЛ

Удельный вес осложненной кишечной непроходимости как причина послеоперационного перитонита составлял 61%. Среди причин на втором месте по удельному весу - осложненная язвенная болезнь (23%), а на третьем - острый деструктивный аппендицит (10%). Удельный вес острого деструктивного был меньше (4%), а осложненного рака толстого кишечника - 2%.

Следует отметить, что у всех 48 больных уже во время первого оперативного вмешательства был выявлен перитонит различной степени распространённости.

Развитию послеоперационного перитонита, а, следовательно, для определения показаний к вынужденной РЛ-1 способствовали следующие тактические операционные ошибки: недостаточная санация и дренирование брюшной полости в 37,5%, недостаточно последовательное применение элементов дигестивной хирургии в 27,0%.

Вывод. Многофакторный анализ причин вынужденных и спланированных РЛ показал, что основными причинами является позднее поступление больных с острыми хирургическими заболеваниями и в основном с осложненными формами таких заболеваний, как кишечная непроходимость, язвенная болезнь желудка и ДПК, холецистит.

Недостаточно комплексное обследование больных до операции приводило к задержке хирургического вмешательства, не в полном объеме проводилась коррекция нарушенных функций, не всегда избирался адекватный доступ.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ВЫНУЖДЕННЫХ И СПРОГРАММИРОВАННЫХ РЕ И РЕ-РЕЛАПАРОТОМИЙ

Эралиев Б.А.*, Ашимов Ж.И. **, Ыдырысов И.Т. ***
(НХЦ, КГМИПиПК**, ТГБ г.Ош***)*

Резюме: После вынужденной релапаротомии летальность составила 31,6%, а после ре-релапаротомии - 80%. После спланированной релапаротомии летальность составила 14,8%, а после ре-релапаротомии - 25%.
Ключевые слова: перитонит, релапаротомия, причины, летальность.

Резюме: Аргасыз релапаротомиядан кийинки жыйынтык 31,6%, ал эми ре-релапаротоиядан-ки кийинки жыйынтык - 80% түздү. Атайын пландаштырылган релапаротомиядан кийинки жыйынтык 14,8%, ал эми ре-релапаротоиядан кийинки жыйынтык - 25% түздү.
Негизги сөздөр: перитонит, релапаротомия, себептери, жыйынтык.

Resume: After the relaparotomy death rate consisted of 31,6%, and after re-relaparatomy-80%. After the planned relaporatomy death rate consisted of 14,8%, and after re-relaparotomy-25%.
Key words: peritonitis, relaparotomy, causes, death rate.

Ведение. Общеизвестно, что у больного с перитонитом классических симптомов абдоминальной катастрофы в послеоперационном периоде практически не бывает, а потому ключом к установлению показаний к релапаротомии (РЛ) является изучение динамики течения послеоперационного периода. В этом аспекте, надо полагаться на результативное клиническое мышление врача по сопоставлению и оценке изменений отдельных симптомов и параметров в их динамике. Это дает возможность прогнозировать дальнейшее течение перитонита, а, следовательно, провести РЛ до развития основных симптомов катастрофы в брюшной полости.

Цель работы: Выполнить прогноз исходов вынужденных и спрограммированных релапаротомий (РЛ-1) и ререлапаротомий (РЛ-2).

Материал и методы. Клиническим материалом служили данные 91 больных, оперированных в Центральной городской клинической больницы г.Ош по поводу острых заболеваний органов брюшной полости, осложненных ПП и у которых были выполнены вынужденные и спланированные РЛ-1 и РЛ-2. Больные были разделены на 2 клинические группы: контрольная - 48 (52,7%) больных, у которых были выполнены вынужденные либо спланированные РЛ-1; основная - 43 (47,3%) больных, у которых были выполнены вынужденные либо спланированные РЛ-2.

Таблица 1.

Распределение больных по способу выполнения РЛ-1 и РЛ-2

Клиническая группа	Количество больных	
	абс	%
Контрольная	48	52,7
Основная	43	47,3
Итого:	91	100

Для сопоставительной оценки результатов вынужденных и спланированных РЛ-1 и РЛ-2 больные контрольной и основной группы были разделены на 2 подгруппы: 1-ая - 65 (71,4%) больных, у которых были выполнены вынужденные РЛ-1 и РЛ-2; 2-ая - 26 (28,6%) больных, у которых были выполнены спланированные РЛ-1 и РЛ-2.

Для количественной оценки тяжести состояния больных с послеоперационным перитонитом использована шкала APACHE II. Показатель APACHE II вычисляли посредством суммирования баллов, полученных при оценке физиологических параметров организма и их отклонений от нормы (А), возраста больных (Б) и наличия у них сопутствующей патологии (В): APACHE II = А+Б+В.

Состояние физиологических параметров организма представляет сумму баллов, полученных при анализе 4 физиологических (ЧСС, ЧД, ср.АД, температура тела) и 6 лабораторных (K,Na, креатинин, лейкоциты, нейтрофилы, гематокрит) показателей. Каждый показатель оценивали в диапазоне 1-4 баллов в зависимости от его отклонения от нормы в сторону уменьшения или увеличения.

Для вычисления вероятности летального исхода использовали следующую формулу: Px = e (AW)/ 1+ e (AW), где Px - вероятность летального исхода; AW - APACHE II x 0,146+W1+W2+W3; W1 = -3,517 (неспецифический коэффициент); W2 =+0,603 (коэффициент для ургентной операции); W3=-0,203 (диагностический коэффициент для внутрибрюшных инфекций).

Результаты и их обсуждение. Летальность наступила (см. рис. 1. и 1.)у больных после вынужденной РЛ-1 при показателях МИП - 22,8±3,1, а у больных после РЛ-2 - 15,2±2,5. Летальный исход был у больных после РЛ-1 при APACHE II - 32,8±4,4, а после РЛ-2 при 22,2±5,2.

Летальность наступила у больных после спланированной РЛ-1 при показателях МИП - 28,6±4,2, а у больных после РЛ-2 - 18,3±3,3. Летальный исход был у больных после РЛ-1 при APACHE II - 38,5±2,7, а после РЛ-2 при 29,6±3,1.

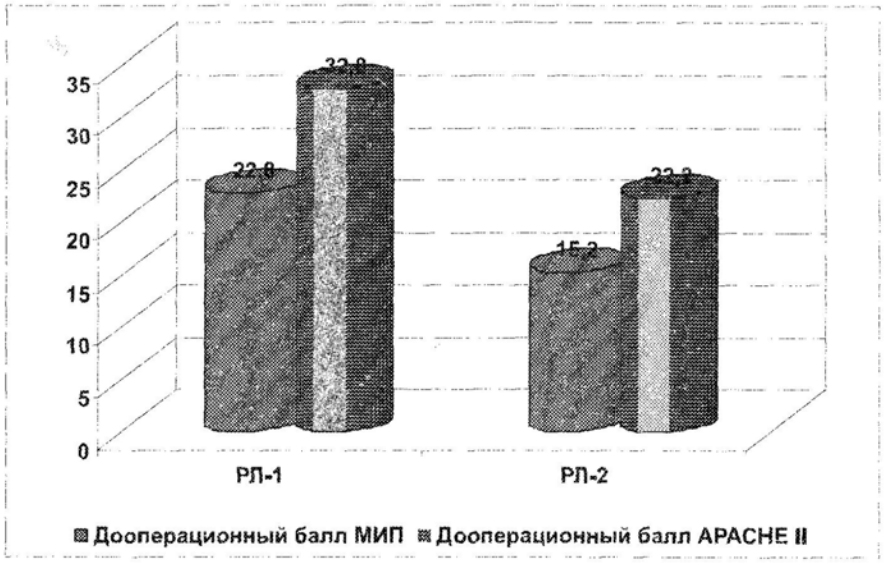


Рис. 1. Показатели МИП и APACHE II у погибших больных после вынужденной РЛ-1 и РЛ-2.

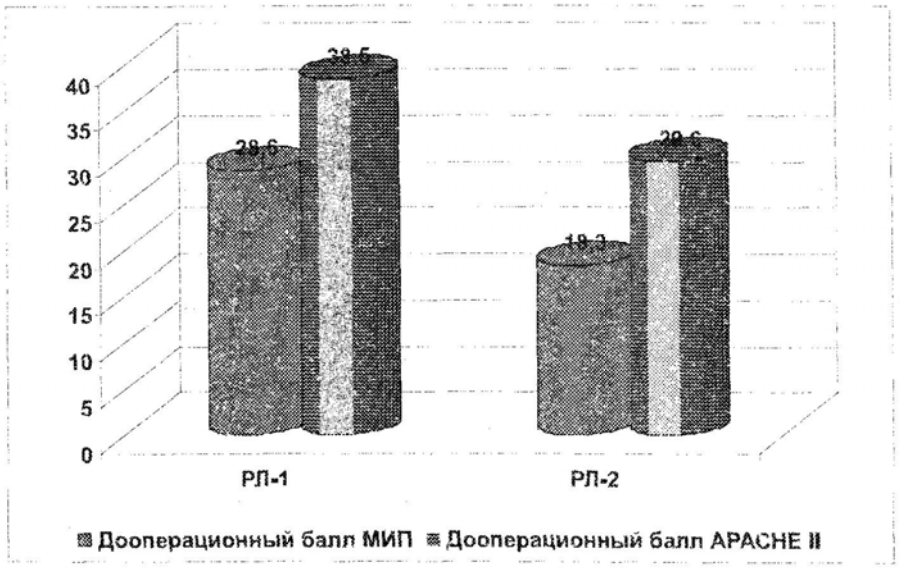


Рис. 2. Показатели МИП и APACHE II у погибших больных после спланированной РЛ-1 и РЛ-2.

При вынужденной (см. рис. 3 и 4) РЛ при интервале APACHE II от 0 до 10 летальность отсутствовало. При APACHE II >30 наблюдается 100% летальность независимо от кратности РЛ. Между тем, при спрограммированной РЛ при интервале APACHE II от 0 до 15 летальность отсутствовало.

При APACHE II >30 наблюдается 100% летальность после РЛ-2, тогда как после РЛ-1 - летальность составляет 94,1%. Даже в интервале APACHE II от 26 до 30 летальность наступает после РЛ-1 и РЛ-2 у не более 55% больных.

При APACHE II >30 благоприятный исход в группе больных, подвергнутых РЛ-1 составляет 1,2%, тогда как при РЛ-2 благоприятный исход у больных равен 0. При APACHE II от 26 до 30 после РЛ-1 прогнозируется выздоровление 25,1% больных, тогда как после РЛ-2 в 10 раз меньше.

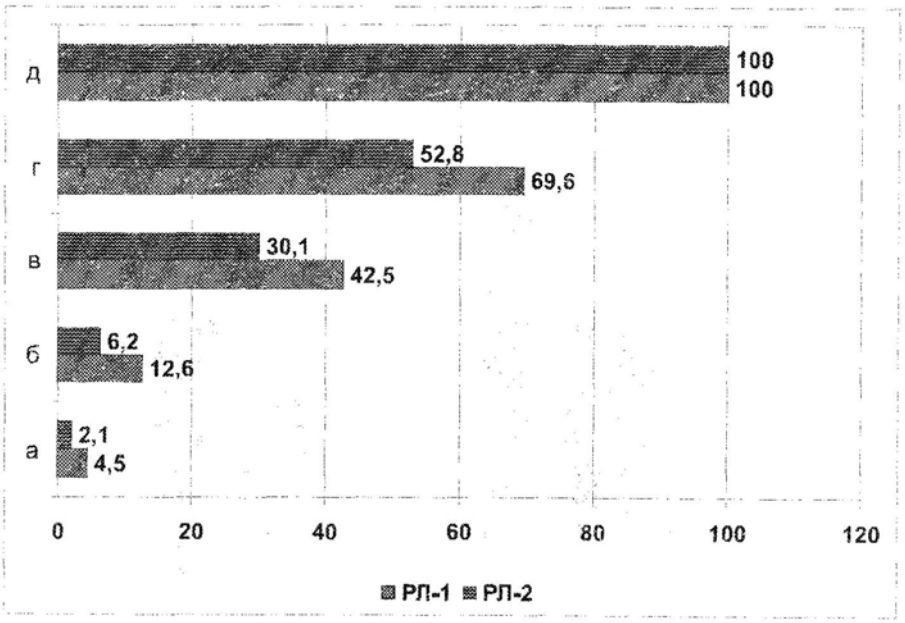


Рис. 3. Летальность после вынужденной РЛ-1 и РЛ-2 в зависимости от APACHE II (%).

Примечание: а - интервал 11-15; б - 16-20; в - 21-25; г - 26-30; д - >30.

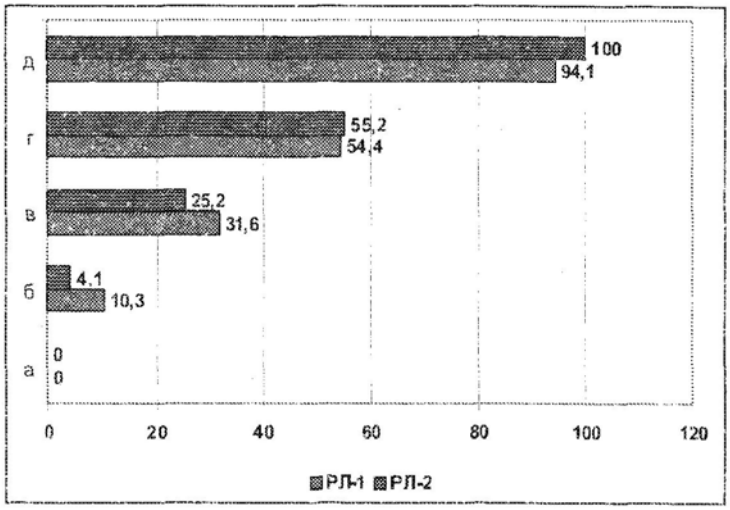


Рис. 4. Летальность после спланированной РЛ-1 и РЛ-2 в зависимости от APACHE II (%)(%).

Примечание: а - интервал 11-15; б - 16-20; в - 21-25; г - 26-30; д - >30.

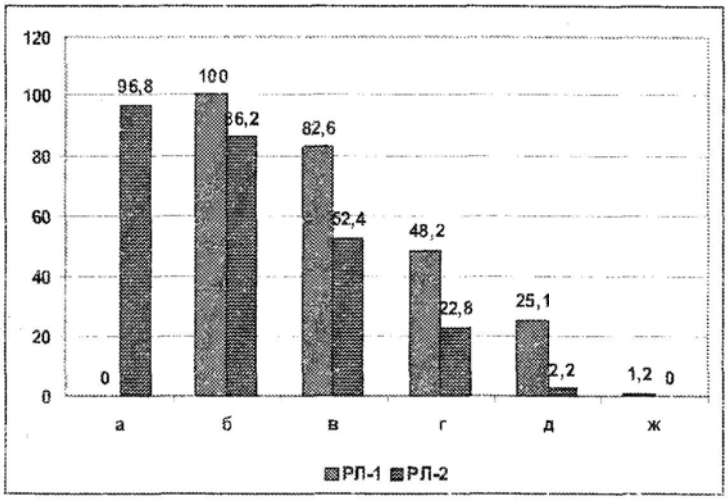


Рис. 5. Прогноз исхода после вынужденной РЛ-1 и РЛ-2 в зависимости от APACHE II (%)(%).

Примечание: а - <10; б - 11-15; в - 16-20; г - 21-25; д - 26-30; ж - >30.

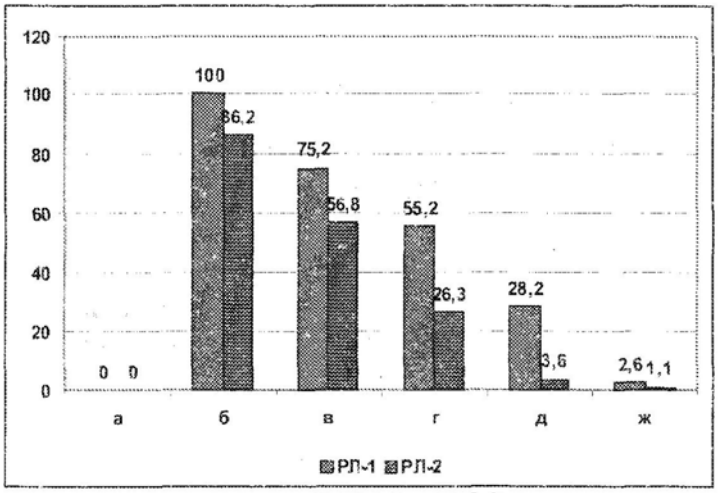


Рис. 6. Прогноз исхода после спланированной РЛ-1 и РЛ-2 в зависимости от APACHE II (%).

Примечание: а - <10; б - 11-15; в - 16-20; г - 21-25; д - 26-30; ж - >30.

При APACHE II (см. рис. 5. и 6) от 21 до 25 после РЛ-1 прогнозируется благоприятный исход почти у половины больных (48,2%), тогда как после РЛ-2 лишь у 22,8%. Даже при APACHE II<10 у больных, подвергнутых РЛ-2 благоприятный исход составляет 96,8%.

В группе вынужденных РЛ после первичной операции во все сроки исследования клинико-лабораторные показатели выходили за пределы нормальных цифр. В особенности в ранние послеоперационные сроки (1-4 сут). Даже к концу недельного срока эти показатели имеют место у 40-80% больных.

В первые 3 суток у всех оперированных повторно больных имело место нейтрофильный лейкоцитоз, тахикардия и тахипноэ. Гипертермия отмечается у всех больных лишь в первые сутки после операции, тогда как в последующие сроки гипертермия сохраняется лишь у половины больных. Этого же касается и такого показателя, как гематокритное число.

При спрограммированной РЛ у всех больных имело место лейкоцитоз с нейтрофилезом, гипертермия, гиповолемия, тахипноэ и тахикардия. Нормализация их показателей не наступает и к исходу 6 суток с момента операции.

Если сумма <4, то РЛ не предпринималась, то сумма >7 баллов свидетельствует о тяжелой форме послеоперационного перитонита, нуждающегося в РЛ. Из 23 из 27 больных сумма баллов была >7.

Определение показаний к РЛ-2 основано на тех же критериях, с учетом выполненной ранее операции и проводится только по результатам операционной находки.

Необходимость в РЛ-2 возникает при наличии признаков продолжающегося перитонита: >500 мл гнойного выпота в брюшной полости, анаэробный характер экссудата, независимо от его количества, и формирующиеся внутрибрюшные гнойники.

Вывод:

1. Использование системы МИП и APACHE II позволяет более точно прогнозировать развитие летального исхода или, наоборот, благоприятного исхода при РЛ. После вынужденной РЛ-1 летальность наступает при МИП - 22,8±3,1, а после РЛ-2 - 15,2±2,5. После РЛ-1 летальный исход наступает при APACHE II - 32,8±4,4, а после РЛ-2 при 22,2±5,2. При APACHE II>30 благоприятный исход после РЛ-1 составляет 1,2%, при 26-30 - 25,1%, а после РЛ-2 в 10 раз меньше. После РЛ-1 при интервале APACHE II 21-25 благоприятный исход прогнозируется у 48,2%, а после РЛ-2 - у 22,8% больных.

2. Использование МИП и APACHE II позволяет оценить эффективность спрограммированных РЛ. После спланированной РЛ-1 летальность наступает при МИП - 28,6±4,2, а после РЛ-2 - 18,3±3,3. После РЛ-1 летальный исход наступает при APACHE II - 38,5±2,7, а после РЛ-2 при 29,6±3,1. При вынужденной РЛ при APACHE II>30 наблюдается 100% летальность независимо от кратности РЛ. После РЛ-1 и РЛ-2 в интервале APACHE II - 26-30 летальность наступает у <55% больных.

ОБОСНОВАНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПОЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ (ЧС)

Султанмуратов М.Т., Дженбаев Е.С., Абылкасымов К.Т., Койчубеков А.А., Медербеков К.К., Махмадиев А.К.

Кыргызский НИИ курортологии и восстановительного лечения, Бишкек, Кыргызская Республика

В работе показана важность организации поэтапной медицинской реабилитации пострадавших лиц при ЧС, анализируются результаты комплексного реабилитационного лечения больных при чрезвычайных ситуациях.

Одной из современных проблем здравоохранения является поэтапная медицинская реабилитация больных пострадавших при чрезвы-

-йных ситуациях (далее ЧС). В настоящее вре-я организацию здравоохранения реабилитаци-нного профиля (за исключением частных, ве-омственных и курортных учреждений), необ-ходимо рассмотреть как основную часть еди-ой системы медицинской реабилитации.

Медицинское реабилитационное (восстано-вительное) лечение способствует скорейше-у улучшению здоровья, повышению трудо-способности пострадавших лиц, при ЧС, воз-вращению их к активной жизни в обществе, повышению качества жизни, снижению инва-лидности, что имеет огромное значение для решения задач сохранения ресурсов республи-ки.

На практике принято считать, что реабили-тация - это особо важный третичный этап те-рапии (первый - диагностика, второй - обще-принятые классические методы лечения).

Реабилитация - это динамическая система взаимосвязанных воздействий и мероприятий медицинского, психологического и социально-го характера, направленных не только на вос-становление или сохранение здоровья, но и на возможно полное восстановление (сохране-ние) личного и социального статуса больного или инвалида (Сабанов М.М., 1978).

В связи с этим, целью медицинской реаби-литации - является достижение в соответству-ющие сроки стойкого оптимально-адекватно-го саногенетическим возможностям восста-новления нарушенных функций человека (Ток-томушев Ч.Т., 1995), т.е. суть медицинской ре-абилитации заключается в содействии саноге-нетическим механизмам в их биосоциальном единстве.

В связи с вышеизложенным, считаем, что общие принципы лечения и восстановления здоровья пострадавших лиц при ЧС должен, направлен на основные патогенетические ме-ханизмы, так как трудно разграничить от воз-действий стимулирующих саногенез, т.е. грань между лечебными мероприятиями (антибио-тики, противовоспалительные, обезболивае-мые, и т.д.) и функциональной терапией (ме-дицинской реабилитацией) - условна.

Демиденко Т.Л. (1989) считает, что реаби-литация - конечный этап цепи: лечение, вос-становительное лечение, реадаптация - также мы считаем спорным, потому что некоторые реабилитационные методики применяются и в остром периоде заболевания наряду с дру-гими медикаментозными мероприятиями.

Воздействие на основные саногенетичес-кие механизмы, которые во взаимосвязи обеспечивают восстановление нарушенных функций организма, предполагает воздей-ствие и на патогенез, что необходимо учиты-вать при контроле и прогнозировании исхода заболевания. При патологии нервной системы такими саногенетическими механизмами яв-ляются реституция, регенерация, компенсация и иммунитет (Rusk, 1987; Коган О.Г., 1988; Найдин В.П., 1990).

Вопросы лечения и медицинской реабили-тации пострадавших лиц при ЧС (событиях в КР 2010г.), относятся важнейшим проблемам и задачам системы здравоохранения респуб-лики.

Организация поэтапной медицинской реа-билитации пострадавших лиц, при ЧС - один из основных путей повышения качества и эф-фективности деятельности лечебно-профи-лактических и санаторно-курортных учрежде-ний республики на всех уровнях.

Например, Кыргызский научно-исследова-тельский институт курортологии и восстано-вительного лечения (далее КНИИКиВЛ, с.Таш-Дебе) - обладает уникальной возмож-ностью предоставить больным комплексные эффективные и качественные реабилитацион-ные мероприятия с применением немедика-ментозных методов лечения включающее физио-, тепло-, бальнео-, сплео-, кинезотера-пии в сочетании с природно-климатическими факторами среднегорья (1200м.над уров. моря). Для анализа эффективности использо-вания реабилитационных мероприятий, ресур-сов института и его социально-экономичес-кой отдачами нами проведено статистическое исследование по специфике полученных ра-нений и увечий, возрастному составу постра-давших и их социальной принадлежности.

Наши наблюдения основываются на ре-зультатах клинического обследования 105 больных, лечившихся в КНИИКиВЛ и охва-тывает период с мая по сентябрь 2010года.

Изменения состояния здоровья у обследо-ванных проявились нейроциркулярторной ди-стонией, краниалгией, обусловленной гипер-

тензионным синдромом, раздражительностью, нарушением сна, тревогой, у большинства выявились сопутствующие и хронические заболевания.

Анализ проводили по истории болезни и результатов наблюдений показал, что заметное улучшение состояния отмечено у лиц, получивших комплексное, как патогенетическое, так и симптоматическое лечение.

Использование комплекса реабилитационных мероприятий в лечении пострадавших при ЧС, является адекватным методом восстановления, что значительно способствовало к улучшению состояния больных, особенно хочется отметить получивших огнестрельные ранения (98%).

При организации необходимо учитывать диагностические данные, что также показало широкое применение поэтапной медицинской реабилитации в клинической практике. Необходимо отметить, что организация поэтапной реабилитации пострадавших при ЧС, вопросы со стороны Министерства здравоохранения Кыргызской Республики: а) необходимо организовать обследование структур по методу поэтапной реабилитации; б) из-за значительного сокращения кадров по восстановительной медицине, необходимо организовать учебу для специалистов; в) в обследованиях необходимо обеспечить анализы крови, мочи и другие диагностические исследования, при поступлении и к выписке больного из стационара, т.е. при решении данного организационного мероприятия мы достигаем еще более удовлетворительных результатов и сокращение нетрудоспособных дней и инвалидности, что имеет очень важное социально-экономическое и политическое значение.

За вышеуказанный период в клинических отделениях института получили полный курс восстановительной терапии 105 пострадавших (больных). Из них по возрастным группам 16-25лет -18 больных, 26-35 лет -57 больных, 36-45 лет -15 больных, 46-55 лет - 13 больных, 56-65 лет -2 больных.

Анализ социального статуса больных, показал следующее: безработные - 49 человек, что составляет - 46% от общего количества больных, рабочие - 41 человек (45%), студенты - 10 человек (9%).

Основной контингент составляет безработные - 46%.

Данные по региональным признакам пострадавших, прибывших из различных регионов республики, распределяется следующим образом:

Городские жители - 58%, сельские жители - 42%. Эти показатели говорят о меньшем количестве больных, нуждающихся в поэтапной реабилитации, а несомненно, о финансовых трудностях и дороговизне транспортных и других услуг. Кроме того организации здравоохранения на местах не заинтересованы в направлении пострадавших лиц для дальнейшего лечения и восстановления здоровья.

Отмечено высокая эффективность проводимого в институте восстановительного лечения.

Обращают на себя внимание хорошие результаты (уменьшение нервно-психических проявлений, вегето-сосудистых расстройств, улучшение иммунного состояния), пролечившихся в отделениях КНИИКиВЛ.

Так, из общего числа пациентов (пострадавших при ЧС) с значительным улучшением выписано-2 человека (1,9%), с улучшением-102 человек (97,2%), без изменения -1 человек (0,9%).

Доказано, что применение природных и преформированных физических факторов в комплексном лечении больных пострадавших при ЧС является оправданным и целесообразным.

Таким образом, поэтапное медицинское реабилитационное лечение больных пострадавших при ЧС должно быть комплексным с учетом клинического проявления синдрома и сопутствующих заболеваний, направленное на профилактику прогрессирования и осложнений, повышение неспецифической резистентности организма. Наряду с медикаментозной терапией показано назначение физиопроцедур, бальнеотерапии, кинезотерапии, лечебной гимнастики, массажа с широким использованием климатогеографических факторов в условиях лечебно-профилактических организаций, санаториев и курортов Кыргызстана независимо от формы собственности, ведомственной и территориальной принадлежности.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АДЕКВАТНОЙ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Амзаев С.Ю.
Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии

Резюме: Представлены рентгенологические критерии подготовки к операции эндопротезирования тазобедренного сустава, определяющие уровень результатов лечения данным методом на примере операций первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, выполненных у 30 больных с различной патологией.
Ключевые слова: тазобедренный сустав, тотальное эндопротезирование коленного сустава.

RADIOLOGICAL CRITERIA FOR ADEQUATE PREOPERATIVE PREPARATION HIP REPLACEMENT

Amzaev. S.Y.
Bishkek research centre for traumatology and orthopedics

Summary. Presented X-ray criteria for a hip replacement operation, determine the level of treatment by this method as an example of operations of the primary total hip arthroplasty performed in 30 patients with different pathologies.
Key words: hip, total knee replacement.

Актуальность темы: Патология тазобедренного сустава подразумевает многочисленный ряд заболеваний как врожденного, так и приобретенного характера, которые в значительной мере влияют на опорную и двигательную функцию всей нижней конечности. Пациенты с данной локализацией патологического процесса часто жалуются на болевой синдром различной степени выраженности, патологическую установку конечности, укорочение, уменьшение амплитуда движений в пораженном суставе, значительное снижение уровня самообслуживания и качества жизни. В связи с этим важным аспектом ортопедии является разработка и внедрение в практику современных способов оперативного лечения патологии суставов (Шапошников Ю.Г.,1994; Загородний Н.В., 1999, 2004; Девятова М.В.,2006; N.S. Eftekhar, 1996). К наиболее эффективному методу можно отнести эндопротезирование тазобедренного сустава современными имплантатами. В настоящее время в мире насчитываются более 60 типов эндопротезов тазобедренного сустава выпускаемых сотнями компаний, и поток новых разработок и модификаций не иссекает (Корнилов Н.В., 1996; Загородний Н.В., 1999). Однако, анализ литературы последних лет показывает, что многие неудачи и осложнения при эндопротезировании тазобедренного сустава связаны с недостаточной и неудовлетворительной предоперационной подготовкой, неудачным методом подбора эндопротеза и методом его фиксации (Булибина Т.И., 2006; Девятова М.В., 2006). Данная работа является попыткой определить чёткий алгоритм предоперационной подготовки к эндопротезированию тазобедренного сустава.

Материалы и методы исследования: При планировании предстоящего оперативного вмешательства необходимо прежде всего определить тип фиксации эндопротеза, вид и размер вертлужного и бедренного компонента, длину шейки и размер головки, а также необходимость применения дополнительных фиксаторов (проволочные серкляжи, кольца из металла) в случае возникновения внештатных ситуаций.

Симптомы поражения суставов и мягких тканей у больных с патологией тазобедренного сустава, выявляемые с помощью рентгенологических исследований, являются важными объективными признаками патологического процесса, позволяющими достоверно судить о динамике и прогнозе заболевания.

С этой целью нами выполнялась прямая обзорная рентгенография костей таза и обоих тазобедренных суставов с захватом не менее половины бедренных костей. Дополнительная боковая рентгенограмма выполнялась на пораженном суставе. При обнаружении патологии в позвоночнике в обязательном порядке выполнялась рентгенография в положении максимального сгибания и разгибания в боковой проекции и в прямой проекции. При необходимости, у пациентов с множественным поражением суставов, производились рентгенограммы коленных, голеностопных, плечевых и локтевых суставов.

При выполнении рентгенографии тазобедренного сустава в прямой проекции больной укладывается на рентгеновском столе, на спине. Под столом помещается кассета с захватом проксимальной половины бедренных костей. Рентгеновский пучок направляется на лобковую область перпендикулярно к кассете. Расстояние между лучевой трубкой и суставом всегда выдерживается одинаковым (100 см), т. к. шаблоны эндопротезов изготавливаются с 15 % увеличением истинного размера сустава. Во время рентгенографии, конечности пациента полностью разогнуты и ротированы кнутри на 10 - 15°.

Для бокового снимка конечность располагается на столе в согнутом в коленном суставе положении на 90°, бедро разворачивается на 90° . Здоровая конечность при этом сгибается в коленном суставе и располагается строго перпендикулярно к столу. Рентгеновский пучок направляется на лобковую область перпендикулярно к кассете. Рентгенологическое исследование позволяет получить максимальную информацию о величине, форме, искривлениях и узких местах бедренного канала, а также о размерах и состоянии вертлужной впадины. Эти данные необходимы при подборе размера эндопротеза.

Существует много параметров тазобедренного сустава, используемых в повседневной практике при его лечении и эндопротезировании. Однако после анализа данных рентгенологического исследования, мы пользовались следующими линейными и угловыми параметрами тазобедренного сустава.

Вертикальный размер входа в вертлужную впадину: данный размер соответствует расстоянию между вершиной фигуры "слезы" Келлера и самой латеральной точкой крыши вертлужной впадины. В норме он равен 6 - 8,7 см. У больных диспластическим коксартрозом этот размер больше обычного, а у больных с протрузией головки бедренной кости в полость малого таза он может быть уменьшен за счет остеофитов крыши вертлужной впадины (рис. 1).

Толщина дна вертлужной впадины: эта величина соответствует расстоянию между внутренней и наружной корковыми пластинками вертлужной впадины в месте перехода ее ямки в крышу. В норме толщина дна вертлужной впадины равнялась 0,2 - 0,5 см. Увеличенным данный показатель наблюдается при дисплазии вертлужной впадины и наоборот, уменьшенным - при протрузии головки бедренной кости (рис. 2).

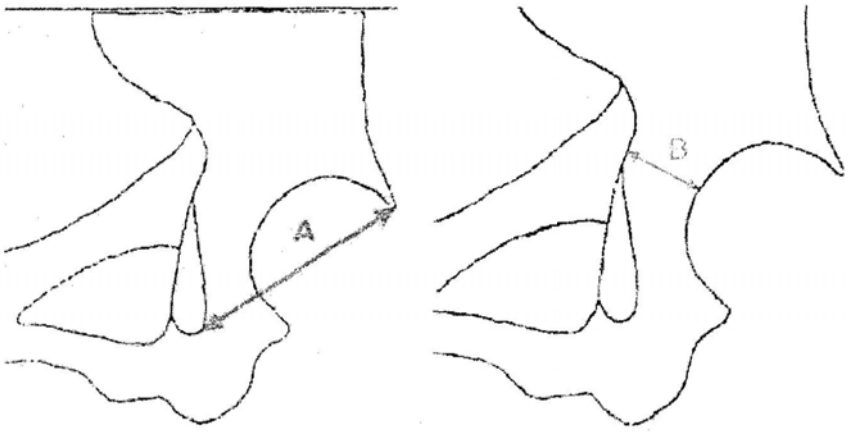


Рис. 1, 2. Вертикальный размер входа в вертлужную впадину и толщина дна вертлужной впадины.

Глубина вертлужной впадины: данный показатель определяется расстоянием перпендикуляра, проведенного из центра вертлужной впадины на линию наклона плоскости входа в нее. В норме глубина вертлужной впадины равняется 3 - 3,5 см (рис. 3). Немаловажное значение имеет угол Шарпа. Данный угол определяется двумя линиями, одна из которых соединяет латеральную точку крыши вертлужной впадины с вершиной фигуры "слезы" Келлера, а другая горизонтальная линия образуется за счет соединения вершин фигуры "слезы" обоих суставов. Нормальная величина угла Шарпа в среднем равняется 45°. Это очень важная величина, которая должна обязательно учитываться при эндопротезировании тазобедренного сустава, особенно его вертлужного компонента (рис. 4)

Рис. 3, 4. Глубина вертлужной впадины и угол наклона вертлужной впадины (угол Шарпа).

Кроме того, диагностически значимым является измерение угла Виберга. Данный угол образован двумя линиями, одна из которых соединяет латеральную точку крыши впадины и центр головки, а вторая - перпендикуляр, опущенный с крыши впадины на этот же центр. Эта величина определяет степень покрытия головки бедренной кости вертлужной впадиной. В норме угол Виберга равен 20 - 25° (рис. 5). Уменьшение этого угла отмечается при дисплазии тазобедренного сустава. Другой важной при эндопротезировании тазобедренного сустава величиной, является расстояние между центром головки и вертикальной осью бедра, т. е. плечо бедренной кости (рис. 6).

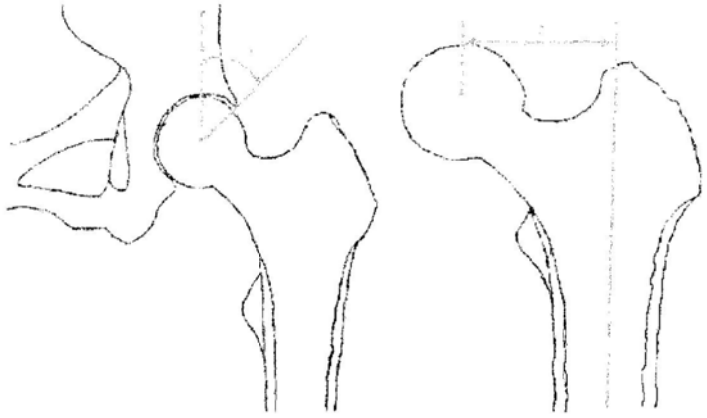


Рис. 5, 6. Угол Виберга и показатель плеча бедренной кости

Важное значение для эндопротезирования имеет высота головки. Эта величина характеризуется расстоянием между горизонтальными линиями, проведенными через центр головки и вершину малого вертела (рис. 7). Шеечно - диафизарный угол (ШДУ) Это угол, образованный средней линией шейки бедренной кости и продольной осью диафиза бедра. В норме он равен 130 - 145°. Изменение данной величины в ту или другую сторону встречается при варусной или вальгусной деформации шейки бедренной кости (рис.8). Индекс сужения бедренного канала: данная величина характеризуется отношением ширины бедренной кости на уровне 2 см выше

малого вертела (А) к ширине канала (В) в самом узком месте -7 см ниже малого вертела (А/В). В норме он равен 3,0 - 4,5. В зависимости от величины этого показателя различают цилиндрический (вид флейты) канал, индекс которого равен 2 - 3 и гипопластический (вид бокала для шампанского вина), где индекс равен 5,0 - 7,0 (рис. 9).

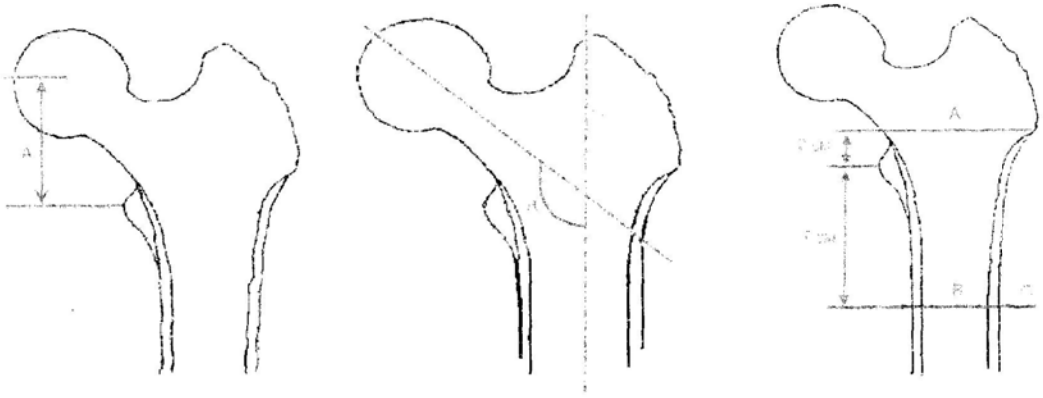


Рис. 7, 8, 9. Высота головки, шеечно-диафизарный угол и индекс сужения бедренного канала.

В практической работе с рентгенограммами больных ревматоидным артритом и болезнью Бехтерева все выше приведенные величины отличаются от нормальных показателей, что является решающим в выборе оптимального вида лечения.

На рентгенограммах пораженного сустава определялись анатомические соотношения в суставе, наличие признаков и выраженность его дегенеративно-дистрофического поражения, остеопороза. Соответствие геометрической формы костномозгового канала в проксимальном отделе бедренной кости и вертлужной впадины дизайну компонентов эндопротеза оценивали по специальным шаблонам путем накладывания последних на рентгенограмму (рис. 10, 11).

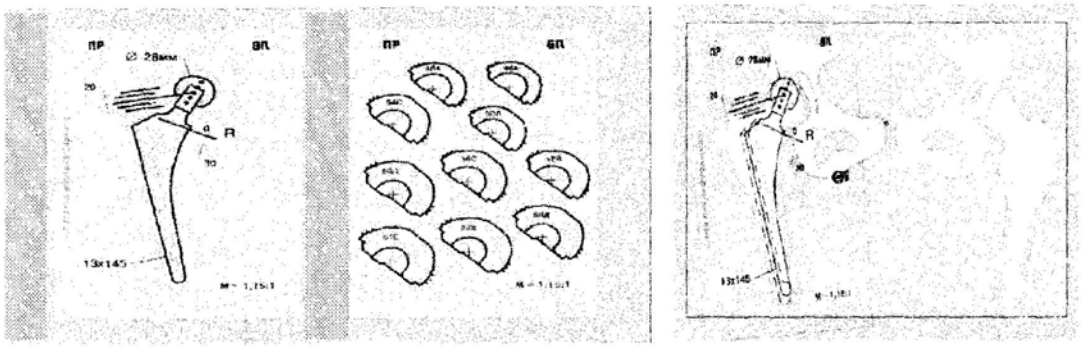


Рис. 10, 11. Метод определения размеров и типов бедренного и вертлужного компонентов.

Результаты и обсуждение: работа основана на клиническом материале лечения 30 больных с различной патологией тазобедренного сустава, находившихся на оперативном лечении отделении патологии суставов БНИЦТО с 2007 по 2009 годы. Все пациенты были мужского пола. Самому молодому пациенту было 19 лет, самому пожилому - 65 лет. При анализе больных с отдаленными достигнутыми результатами, установлено, что у большинства из них оценочный балл состояния тазобедренного сустава по методике Harris составляет в среднем 90 баллов. Это обусловлено тем, что хорошие показатели восстановления функции тазобедренного сустава, заранее предопределены тщательным и адекватным выбором типа, размеров и способа фиксации эндопротезов.

Выводы: Результативность исходов эндопротезирования зависит в большей степени от адекватной предоперационной подготовки и точно-

о подбора дизайна имплантата, технически правильно проведенной операции, и в меньшей степени от состояния костной ткани, возраста больных и характера патологических изменений тазобедренного сустава.

Литература:

1. Булибина Т.И., Ланда В.А. Восстановительное лечение при некоторых последствиях переломов вертлужной впадины // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова - 2006. - №3. - С. 45-48.
2. Девятова М.В., Смирнов Г.И., Машков В.М., Панова Г.И. Двигательная реабилитация при заболеваниях тазобедренного сустава // Интернет. Medlins.ru - Санкт-Петербург, 2006.
3. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава эндопротезами нового поколения // Вестник травматологии и ортопедии им Н.Н.Приорова - 1999. - №4. - С. 28-30.
4. Загородний Н. В. Эндопротезирование при повреждениях и заболеваниях тазобедренного сустава - Медицина. - 122 с.
5. Загородний М.В. Хирургические методы лечения заболеваний суставов // Интернет www.arthrex.ru. - Москва, 2004.
6. Шапошников Ю.Г. О некоторых проблемах эндопротезирования суставов // Вестник травмат. и ортопедии им. Н.Н.Приорова - 1994. - № 4. - С. 3-5.
7. Eftekhar N.S., Tzitzikalakis G.I. Failures and Reoperations Following Low-friction Arthroplasty of the Hip. A Five - To Fifteen - Year Follow-up Study // Clin.Orthop. - 1986. - № 211. - P. 65-78.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОПЫТА ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА.

Айтназаров Э.Т.

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии, г. Бишкек, Кыргызстан.

Резюме. Представлен клинический опыт эндопротезирования коленного сустава на базе БНИЦТО на примере операций первичного тотального эндопротезирования коленного сустава, выполненных с 2007 г. у 61 больного с различной патологией.

Ключевые слова: коленный сустав, тотальная эндопротезирование коленного сустава, ревматоидный полиартрит, вторичный гонартроз.

ANALYSIS OF CLINICAL EXPERIENCE TOTAL KNEE ARTHROPLASTY.

Resume. The clinical experience of total knee arthroplasty has presented under foundation of BNICITO, on the provided work total initial operations of knee joint replacement, which have done since 2007 year for 61 patients with different pathology.

Key words: knee joint, total knee arthroplasty, polyarticular rheumatoid arthritis, secondary gonarthrosis.

Актуальность: Одной из основных причин временной нетрудоспособности и инвалидности населения земного шара является повреждения и заболевания опорно-двигательного аппарата человека (Корнилов Н.В., с соавт., 1993; Booth R.E., 1995). По данным авторов ближнего и дальнего зарубежья она составляет от 28-50% среди всех заболеваний систем и органов человека (Корнилов Н.В., с соавт., 1996; Blauth W., et al., 1986). По данным, приведенным в научной литературе, от 8 до 12% взрослого населения страдают лёгкими и тяжёлыми формами поражений суставов (Москалев В.П., 1998; Briggs R.J., et. al, 1995; Boutron I., et. al., 2004). Деформирующий остеоартроз наиболее часто встречаемая форма поражения коленного сустава. Рентгенологические признаки ДОА встречаются у большинства лиц старше 65 лет и приблизительно у 80 % людей старше 75 лет. Восстановление опорной и двигательной функции коленного сустава остается одной из важных проблем в ортопедии, так как его патология с длительно су-

ществующим болевым синдромом является причиной временной или стойкой утраты трудоспособности пациентов различных возрастных групп (Simon L.S., 1999) В последние годы среди всех способов оперативного лечения заболеваний коленного сустава наибольшую популярность обрёл метод эндопротезирования (Новоселов К.А., 1994; Корнилов Н.В., с соавт., 1996; Konig A., et al., 2003; Sultan P.G., et al., 2003) Преимущества тотального эндопротезирования коленного сустава заключаются в быстрой активизации больных, ранней нагрузке на оперированную конечность, восстановлении безболезненной подвижности в суставе.

Материалы и методы исследования: С 2004 года под руководством академика НАН КР Джумабекова С. А. началось внедрение в клиническую практику Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии протоколов эндопротезирования коленного сустава современными имплантатами. Нами для обобщения клинического опыта взяты истории болезни пациентов начиная с 2007 по 2010 годы, когда эндопротезирование коленного сустава приобрело статус не единичных показательных операций, а стало обыденной и регулярной медицинской процедурой.

Основой для данной работы стал ретроспективный анализ историй болезни 61 больного с заболеваниями коленного сустава, пролеченных методом эндопротезирования современными имплантатами различных фирм-производителей (таб. 1). Согласно данным этой таблицы подавляющее большинство больных составляют лица женского пола (93,5 %), и только 4 пациента обратились к ортопеду для эндопротезирования коленного сустава. Это мы связываем с большей склонностью женщин к заболеваниям коленного сустава из-за физиологических особенностей женского организма (слабое физическое состояние опорно-двигательного аппарата, раннее наступление явлений остеопороза, как следствие гормональных изменений). В структуре заболеваемости преобладает первичный деформирующий остеоартроз (54 %), здесь необходимо отметить что наиболее часто это были запущенные случаи III-IV степеней с грубыми изменениями контуров суставных поверхностей коленного сустава.

Таблица 1.

Распределение пациентов по полу и нозологии (n=61)

нозология	мужчины	Женщины	Количество пациентов
Деформирующий остеоартроз	1 (1,6 %)	32 (52,4 %)	33 (54 %)
Ревматоидный полиартрит	2 (3,2 %)	17 (27,8 %)	19 (31 %)
Вторичный деформирующий остеоартроз		5 (8,5 %)	5 (8,5 %)
Анкилоз коленного сустава	1 (1,6 %)	3 (4,9 %)	4 (6,5 %)
Общее количество	4 (6,5 %)	57 (93,5 %)	61 (100 %)

Затем следует последствия ревматоидных заболеваний данного сустава (19 больных). Все больные из анамнеза получали длительные и неоднократные курсы консервативного лечения нестероидными противоспалительными и гормональными препаратами, внутрисуставные инъекции различными хондропротекторами, однако из-за выраженного болевого синдрома или ограничений подвижности сустава были вынуждены обратиться в БНИЦТО. Средний возраст пациентов составил 51 год, самому молодому было 24 года с ризомелической формой болезни Бехтерева, а самому старшему 78 лет с деформирующим артрозом коленного сустава. Из сопутствующих заболеваний чаще всего встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, атеросклероз мозговых сосудов, сердца и аорты), это объясняется

возрастными особенностями данной категории больных.

Средний койко-день пребывания пациентов в клинике составил 17 дней, минимальный 11 дней - это в случае неосложнённого течения послеоперационного процесса, и максимальный 32 дня - это связано с длительной коррекцией соматических заболеваний данной пациентки.

У 9 (14,7 %) больных применялся общий внутривенный наркоз с применением аппарата искусственного дыхания, а у 52 (85,3 %) применялась проводниковая анестезия (СМА), что явилось значительной экономией сил и средств. Применение общей внутривенной анестезии было обосновано для пациентов с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями, как средство более управляемого обезболивания и медикаментозного контроля работы систем организма.

На ранних этапах внедрения эндопротезирования коленного сустава, виду малого опыта длительность проведения операции доходило до 2- 2,5 часов. На данный момент по мере накопления опыта это время сокращено до 1 часа, в некоторых несложных случаях составляет 45-50 минут. Этот фактор тоже необходимо учитывать, так как пациент минимальное время находиться под наркозом, уменьшается вероятность и длительность интраоперационной травматизации тканей области коленного сустава.

В исследуемой группе пациентов применялись следующие имплантаты различных производителей, в основном дальнего зарубежья, это связано с более развитыми технологическими возможностями данных фирм и большого опыта применения, по сравнению с отечественными (таб. 2).

Таблица 2.

Распределение больных по типу использованного эндопротеза.

Модель эндопротеза	Количество пациентов	соотношение
aap (Германия)	17	27,9 %
Stryker (США)	41	67,3 %
De puy (США)	1	1,6 %
Zimmer (Германия)	1	1,6 %
Tipsan (Турция)	1	1,6 %

Подавляющее большинство пациентов было прооперировано с использованием имплантатов фирмы Stryker (67,3 %), по нашему мнению именно эти эндопротезы имеют ряд технических преимуществ. Семейство Scorpio® предоставляет полный спектр компонентов эндопротезов с фиксированной платформой, с подвижной платформой и ревизионных имплантатов с единой философией конструкции. Основой этой философии является единая революционная идея совмещения медиолатеральной и переднезадней оси конструкции, обеспеченная универсальной инструментальной базой. В моделях других производителей преобладает компоненты с многоосной системой вращения компонентов коленного эндопротеза. Таким образом, системы эндопротезирования коленного сустава семейства Scorpio® имеют ряд преимуществ перед другими системами по следующим параметрам:

- Высокая полнота сгибания в коленном суставе без риска вывихивания.
- Стабильность связочного аппарата коленного сустава в любой точке сгибания.
- Отсутствие боли в передней части коленного сустава из за низкого напряжения четырёхглавой мышцы бедра.
- Высокая износоустойчивость и выживаемость протеза.

Всем больным применялась стандартная процедура предоперационной антибиотикопрофилактики, иньекции антикоагулянтов для профилактики тромбоэмболий, и по показаниям коррекция соматических заболеваний. Из осложнений отмечен 1 случай пареза малоберцовой порции седалишного нерва. После проведения консервативного лечения у больного наступил регресс неврологических симптомов до полного восстановления функции нерва. У двух пациенток с ревматоидным полиартритом и вторичным гонартрозом, амплитуда движений в коленном

суставе осталась неудовлетворительной (менее 30 градусов). Это можно объяснить особенностями их психики, в силу которых не удалось добиться соблюдения ими режима и правил реабилитации.

Результаты и обсуждение: клиническая оценка результатов проводилось по оценочной таблице Knee Society (Insall J.N. et. al., 1989), состоящая из двух частей: оценки функции коленного сустава и функциональных способностей пациента. Отмечены следующие результаты: в предоперационном периоде средняя функциональная оценка коленного сустава составляла в группе пациентов с ревматоидным полиартритом и вторичным гонартрозом 23 балла, с деформирующим остеоартрозом 31 баллов, с анкилозом коленного сустава 17 баллов. В послеоперационном периоде функциональная оценка коленного сустава составила в группе с ревматоидным полиартритом и вторичным гонартрозом 83 баллов, с деформирующим остеоартрозом 87 баллов, с анкилозом сустава 70 баллов. Такой уровень баллов соответствует хорошему результату лечения. Рентгенологическая оценка результатов проводилось от 3 месяцев до 2 лет. Ни у одного из наблюдаемых больных признаков нестабильности эндопротезов не выявлено, образование послеоперационных оссификатов также не обнаружено.

Выводы: клинический опыт эндопротезирования коленных суставов у больных с различными заболеваниями мы оцениваем как положительный. Хорошие ближайшие и отдаленные результаты лечения коленного сустава методом тотального эндопротезирования (2 года) свидетельствуют об эффективности этого метода лечения, который позволяет ликвидировать болевой синдром, восстановить полный объем движений в суставе в короткие сроки после операции, вернуть пациентам прежнюю двигательную активность. Необходимо широкое внедрение в ортопедических клиниках.

Литература:

1. Корнилов Н.В., Карпцов В.И., Новоселов К.А., Ермолаев Е.К. Результаты тотального эндопротезирования коленного сустава// Эндопротезирование в травматологии и ортопедии. - М., 1993. - 78-82.
2. Корнилов Н.В, Карпцов В.И., Новоселов К.А. Клинические результаты тотального эндопротезирования коленного сустава// Травматология и ортопедия России. - 1996. - № 4 - 11-15.
3. Москалев В.П. Медико-социальные проблемы эндопротезирования суставов конечностей: Автореф дис. д-ра мед. наук. - СПб., 1998.- 36 с.
4. Новоселов К.А. Оперативное лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний коленного сустава: Дис. д-ра. мед. наук.-СПб., 1994-492 с.
5. Booth R.E. Joint arthroplasty: one step forward, two steps back// Orthopedics.- 1995. - V. 18, № 9 - P. 783-786.
6. Blauth W. Unsere Kniegelenkpothesen mit Patellaersats// Z. Orthop. - 1986. - Bd. 124, № 2. - P. 218 - 224.
7. Briggs R.J., Augenstein J.S., Tricon hybrid total knee arthroplasty: a review of 81 knees followed for 2 to 4 years// Orthopedics. - 1995. - V. 18, № 4. -P. 361-367.
8. Konig A, Kirschner S. Long-term results in total knee arthroplasty Orthopade. 2003 Jun;32(6)- P.516-526.
9. Simon L.S, 1999. Osteoarthritis: a review. Clin Cornerstone. 1999; 2(2)- P.26-27.)
10. Sultan P.G., Most E, Schule S, Li G, Rubash HE. Optimizing flexion after total knee arthroplasty: advances in prosthetic design. Clin Orthop. 2003 Nov;(416):167-73.)
11. Insall J.N., Door L.D., Scott R.D., Scott W.N. Ibid. - 1989 - N 248. - P. 13 - 14.

ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ О ЛЬГОТНОМ ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ, ПОДДЕРЖИВАЕМОМ ГОСУДАРСТВОМ.

Давлеталиева Н.Э., Бримкулов Н.Н., Винников Д.В., Мергенбаева Т.К.
Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызская республика.

Резюме. Исследование по изучению осведомленности пациентов с бронхиальной астмой о льготах на приобретение базисных препаратов по Программе Государственных Гарантий проводилось в ноябре - декабре 2009 года во всех 7 областях Кыргызской республики и в 3-х районах Ошской области, а также в столице г.Бишкек. Опрошены 100 взрослых пациентов с бронхиальной астмой по специально разработанному опроснику. Был разработан и издан буклет "Поддерживает ли государство пациентов с бронхиальной астмой?" Было выявлено, что 84% опрошенных пациентов с астмой были осведомлены о своих льготах на лекарства по Программе Государственных Гарантий и 78% опрошенных пациентов - по Дополнительной программе Обязательного медицинского страхования. 90% опрошенных пациентов принимали в 2009 году базисный препарат беклометазон для лечения своего заболевания. 74% опрошенных пациентов получали льготные рецепты на беклометазон по ПГГ, 52% респондентов приобретали препарат в аптеке.

Ключевые слова: бронхиальная астма, ингаляционные глюкокортикостероиды, льготное лекарственное обеспечение

Корутунду. Бронх астмасы менен ооруган бейтаптардын Мамлекеттик кепилдик программасы боюнча базистик препараттардын же?илдетилген тїрдє берилиши боюнча кабардар болгондугун изилдеє. Бул изилдеє 2009-жылдын ноябрь, декабрь айларында Кыргыз Республикасынын баардык 7 облусунда жана Ош облусунун 3 районунда, ошондой эле Бишкек шаарында жїргїзїлгєн. Бронх астмасы менен ооруган 100 бейтап атайын иштелип чыккан сурамжылоодон єтїштї. Сурамжылоо жїргїзїлгєн бейтаптардын Мамлекеттик кепилдик программасы боюнча дарыларды сатып алууда єздєрїнє берилїїчї же?илдиктер тууралуу маалыматты билгендердин саны 84%ды тїздї, ал эми Милдеттїї медициналык камсыздандыруу программасы боюнча же?илдиктер тууралуу маалыматка ээ бейтаптар 78%ды тїздї. Сурамжылоого катышкан бейтаптардын 90%ы 2009-жылы єз ооруларын дарылануу їчїн беклометазон дарысын алышкан. Мындан сырткары бейтаптардын 74%ы МКП боюнча беклометазонго же?илдетилген рецепттерди алышты, сурамжылоого катышкандардын 52%ы препараттарды дарыканалардан сатып алышкандыгы белгилїї болду. "Бронх астмасы менен ооруган бейтаптарды мамлекет колдоого алабы?" деген темада буклет чыгарылды.

Негизги сєздєр: бронх астмасы, ингаляциялык глюкокортикостероиддер, же?илдетилген дарылар менен камсыз кылуу.

Summary. Research on the awareness of patients with asthma about the reduced price for basic drug provision on the Program of State Guarantees (PSG) was conducted in November - December 2009 in all 7 oblasts of the Kyrgyz Republic and in the 3 districts of the Osh region, as well as in the capital Bishkek. Interviewed 100 adult patients with asthma on a specially designed questionnaire. Was developed and published a booklet "Does the state support patients with asthma?". It was found that 84% of patients with asthma were aware of their rights on the Program of State Guarantees and 78% of patients - for the additional program of Mandatory Health Insurance Fund. 90% of patients received in 2009 a basic drug beclomethasone for treatment of their diseases. 74% of patients received prescriptions for beclomethasone to PSG, 52% of respondents purchased the drug at the pharmacy.

Key words: bronchial asthma, inhaled corticosteroids, reduced price drug provision

Актуальность. Несмотря на современные достижения в медикаментозном лечении бронхиальной астмы и применение ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в качестве базисных препаратов для лечения бронхиальной астмы согласно международным согласительным документам GINA-2006, 2008 г. (1), в Кыргызской республике все ещё продолжают регистрироваться высокие цифры запущенных случаев, таких, как астматический статус (по данным Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ) среди взрослых и подростков были зарегистрированы в 2007 г. - 287, а в 2008 году - 331 случай астматического статуса), зачастую приводящих к летальному исходу.

Следует отметить, что много было сделано для улучшения менеджмента бронхиальной астмы в Кыргызстане Кыргызско-Финской программой по легочному здоровью, реализация которой осуществлялась с 2003 по 2010 годы, по инициативе и при участии которой были подготовлены и изданы руководства (2) и клинические протоколы (3), а также обучены медработники. Ряд базисных препаратов для лечения бронхиальной астмы вошел в Список Жизненно Важных Лекарственных Средств (ЖВЛС), а также в перечень для льготного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне с 2005-2006 гг., поддерживаемого Программой Государственных Гарантий (ПГГ) и Дополнительной программой Обязательного Медицинского Страхования (ДП ОМС). Информация о ПГГ и ДП ОМС была отражена в постановлениях Правительства КР и приказах Минздрава КР, а также опубликована в официальной прессе (4,5.6).

Однако, ситуация с лечением астмы в Кыргызстане все еще остается сложной. Одной из причин этого является неадекватное лечение пациентов с бронхиальной астмой, связанное с неинформированностью и непониманием пациентов о доступности и возможностях льготного, при поддержке государства, приобретения основных препаратов для лечения бронхиальной астмы.

Ведение пациентов с хроническими респираторными заболеваниями требует участия всей системы здравоохранения, и примером этого является менеджмент пациентов с астмой в Финляндии (7). Благодаря Национальной Программе по Астме в Финляндии (1994-2004 гг), стало возможным снижение смертности от астмы, улучшилось ведение пациентов с астмой и сократились связанные с ней расходы (8).

Известно, что экономическая доступность ингаляционных глюкокортикостероидных препаратов, предупреждающих астму, является одним из факторов менеджмента пациентов с астмой, и высокая цена лекарств негативно влияет на контроль астмы (9). Вместе с тем, в некоторых исследованиях, проведенных в таких развитых странах, как Швеция, указывается, что даже несмотря на лечение астмы в соответствии с современными рекомендациями, сохраняется недостаточный контроль над астмой (10).

Для оценки экономической и физической доступности жизненно важных препаратов для пациентов в существующей системе здравоохранения эффективно используются методы опроса и интервью пациентов (11,12). Опросники позволяют получить сведения о знаниях пациентов об астме, контроле астмы и качестве жизни пациентов с астмой (13). Недостаток информированности пациентов наряду с несоответствующим лечением оказывают огромное негативное воздействие на качество жизни пациентов с астмой (14).

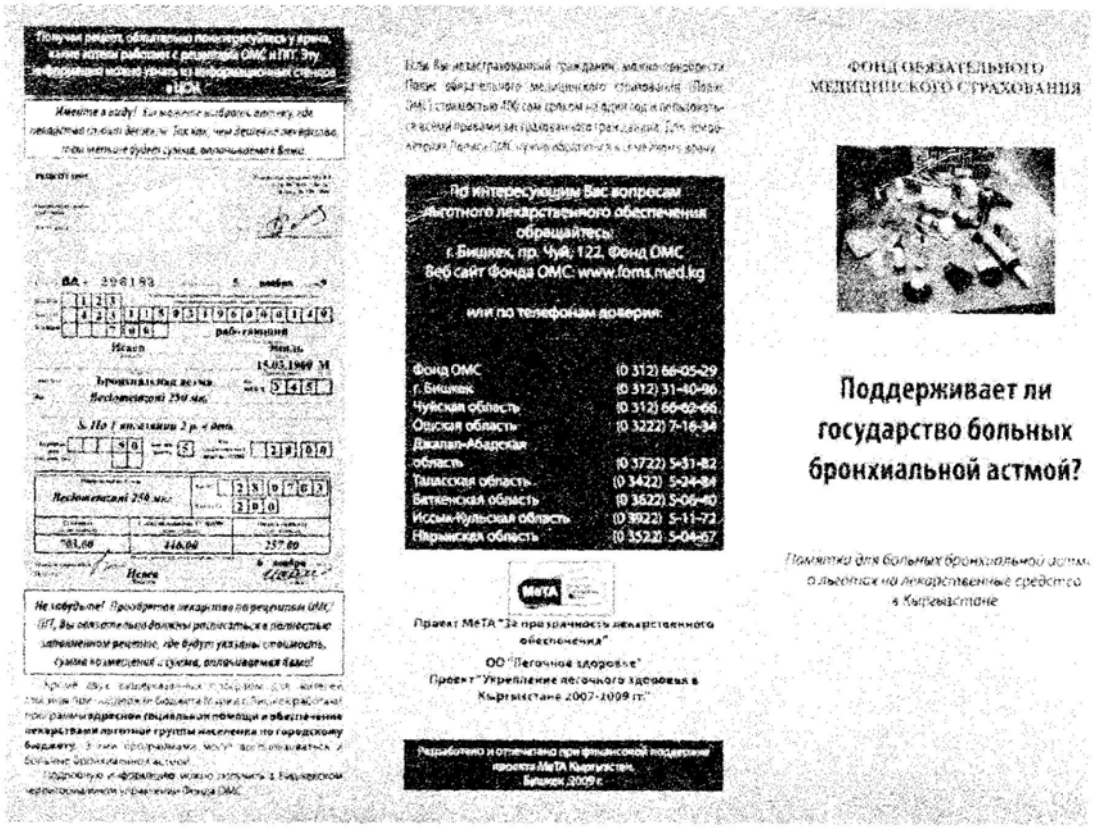
Согласно рекомендациям международных консенсусов желательно, чтобы каждая страна проводила свои исследования по изучению доступности основных лекарств для лечения и контроля астмы, а затем полученные результаты можно было бы предоставить лицам, влияющим на политику здравоохранения - policy makers (1,7,15).

Цель исследования. Изучить осведомленность пациентов бронхиальной астмой о возможности льготного приобретения лекарств в рамках ПГГ и ДП ОМС в КР.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось командой исследователей во время посещений лечебных учреждений, куда приглашались пациенты с бронхиальной астмой. Исследование проводилось в ноябре и декабре 2009 г. в 7 областях республики и 3-х районах Ошской области, а также в столице г.Бишкек. В исследование были включены учреждения первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения (областные ЦСМ, ООБ, районные ЦСМ и ТБ, в г. Бишкек - ЦСМ №1, №18, ГКБ №1, а также специализированные пульмонологические отделения ГКБ №6 и Национального госпиталя). Использовались методы опроса, интервью, дискуссий, обсуждений, интерактивно-

го обучения. Были опрошены 100 взрослых пациентов с бронхиальной астмой по специально разработанному опроснику, включающему 18 вопросов.

После опроса пациентов для повышения уровня осведомленности проводился семинар в интерактивной форме, где докладывались презентации о ПГГ, лечении астмы и профилактике её обострений. Был разработан и издан на кыргызском и русском языках буклет "Поддерживает ли государство пациентов с бронхиальной астмой?" (памятка для больных бронхиальной астмой о льготном лекарственном обеспечении в КР), который выдавался всем участникам исследования после проведения опроса и семинара.



Результаты исследования. Из общего количества пациентов (100 человек) было опрошено: в Бишкеке - 15 человек, в областях - 66 человек, в районах -19 человек.

Из 100 (100%) опрошенных пациентов с астмой 86% - страдают бронхиальной астмой более 5 лет, 97% - имеют страховку по ОМС, 20% - работают, 22% - имеют инвалидность.

Полученные результаты показали, что 84% всех опрошенных пациентов знают о своих правах пациентов бронхиальной астмой на льготные лекарства, которые поддерживаются государством по ПГГ (желтые рецепты) и 78% опрошенных пациентов знают о своих правах на льготные лекарства по ДП ОМС (голубые рецепты).

Какие лекарства и сколько можно получать по льготам за счет поддержки государства объяснил семейный врач у 77% всех опрошенных пациентов, причем в районах (100%) и областях (75,8%) больше, чем в Бишкеке (53,3%) ($p<0,05$).

Информацию на стенде о льготном лекарственном обеспечении по ПГГ и ДП ОМС у себя в медучреждении видели 56% всех опрошенных пациентов, в Бишкеке (86,7%) больше, чем в областях (42,4%) ($p<0,05$). Интересно, что в районах (78,9%) эта информация на стендах больше отражена, чем в областях ($p<0,05$).

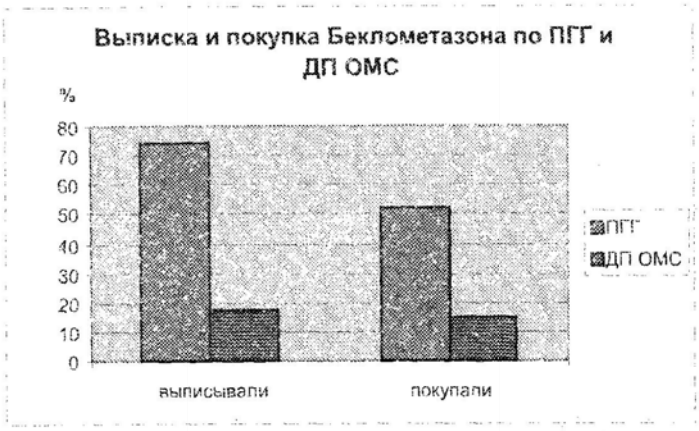


Рисунок 1. Источник информации для пациентов с бронхиальной астмой о льготном лекарственном обеспечении.

85% респондентов посещали своего семейного врача в 2009 году 3 и более раз, 90% опрошенных пациентов принимали беклометазон в 2009 году.

За 2009 год семейный врач выписывал рецепты (от 1 до 3-х раз) на беклометазон по ПГГ в 74% случаев и по ДП ОМС - в 17% случаев.

Покупали в аптеке в 2009 году (от 1 до 3-х раз) беклометазон по желтым рецептам (ПГГ) только 52% опрошенных, а по голубым рецептам

(ДП ОМС) - 15%.

В 2009 году врачи выписывали рецепты на сальбутамол (от 1 до 3-х раз) по ПГГ у 68% пациентов, по ДП ОМС - 21%.

Покупали в аптеке в 2009 году сальбутамол по желтым рецептам (ПГГ) - 56%, а по голубым рецептам (ДП ОМС) -16% опрошенных пациентов.

Вместе с тем, одна треть (32%) опрошенных пациентов поступала в стационар с обострением бронхиальной астмы. Можно предположить, что это те пациенты, которые плохо информированы и не приобретали базовые препараты по льготным рецептам.

Однако, нормы льготного отпуска на беклометазон и сальбутамол на 1 пациента в год по ПГГ опрошенные пациенты знают плохо (соответственно 15% и 25% правильных ответов). Также опрошенные пациенты плохо знают, как отпускаются лекарства по ДП ОМС (голубые рецепты) на беклометазон и сальбутамол (соответственно 34% и 31% правильных ответов).

Рисунок 2. Выписка рецептов и покупка беклометазона по ПГГ и ДП ОМС

Меньше всего информированы о норме отпуска Беклометазона по ПГГ пациенты в районах (10,5%), чем в областях (15,2%) и в Бишкеке (20%) (p<0,05). Различия же в знаниях нормы на сальбутамол по ПГГ между Бишкеком (20%), областями (24,2%) и районами (31,6%) были недостоверны.

В то же время, пациенты из районов (26,3%) лучше знают, чем в г.Бишкеке (13,3%), как отпускаются рецепты на Сальбутамол по ДП ОМС (p<0,05), (в областях- 36,4%).

Разница в знаниях пациентов из районов о доступности беклометазона и сальбутамола свидетельствует о том, что в районах пациенты больше интересуются сальбутамолом, а не базисным препаратом для лечения астмы ингаляционным глюкокортикостероидом - беклометазоном.

Различий по регионам в знаниях нормы отпуска на Беклометазон по ДП ОМС не было выявлено (Бишкек - 26,7%, области - 40,9%, районы - 21,1%) .

Очень важным было выяснить общую информированность пациентов об использовании современных методов контроля и лечения своего заболевания и сравнить эти показатели в столице и в регионах.

Так, 91% всех опрошенных пациентов обучались технике ингаляций и пикфлоуметрии, 22% респондентов использовали пикфлоуметры, 40% респондентов пользовались спейсером для ингаляции, у 19% опрошенных проводили ACT тест по контролю над астмой, 26% - знали о существовании астма-школ и 95% опрошенных хотели бы иметь в своем районе астма-школы.

Следует отметить, что в Бишкеке больше пациентов (53,3%), чем в областях (13,6%), пользуются пикфлоуметрами (p<0,05), (в районах- 26,3%).

Также обстоит дело и с использованием спейсеров. В Бишкеке пациенты больше (73,3%), чем в областях (37,9%) пользуются спейсерами (p<0,05), (в районах- 21,1%).

Таким образом, по вопросам использования пикфлоуметров и спейсеров выявлена лучшая информированность пациентов в столице, чем в районах.

В разрезе регионов о существовании астма-школ больше знают пациенты в Бишкеке (66,7%), чем в областях (18,2%) и районах (21,1%), (p<0,05).

Интересно, что 100% опрошенных пациентов в Бишкеке, 97% - в областях и 84,2%- в районах хотели бы иметь астма-школу у себя в месте проживания.

Заключение. Эффективность менеджмента пациентов с астмой зависит от всей системы здравоохранения, в том числе от решения вопросов доступности лекарственного обеспечения. Известны успехи Национальной программы по астме в Финляндии (8). В работах российских исследователей показано, что оптимальное использование ресурсов льготного лекарственного обеспечения позволяет обеспечить высокий уровень помощи больным с астмой (15).

До настоящего времени исследований, отражающих доступность и прозрачность льготного лекарственного обеспечения для пациентов с астмой в КР, не проводилось. Об эффективности программ льготного лекарственного обеспечения можно косвенно судить по результатам опроса самих пациентов с астмой. Хотя в нашей работе была небольшая выборка (100 пациентов), в исследовании участвовали пациенты из всех регионов республики, включая столицу и отдаленные районы, что, на наш взгляд, позволило составить более точную картину действительности.

Результаты проведенного нами исследования показали, что 84% опрошенных пациентов с бронхиальной астмой информированы о возможности льготного лекарственного обеспечения по ПГГ и 78% опрошенных пациентов - по ДП ОМС. Пациенты получают информацию, в основном, от своих семейных врачей.

90% пациентов применяли беклометазон для лечения своего заболевания, примерно две трети опрошенных (74%) получали рецепты на беклометазон по ПГГ и только чуть больше половины опрошенных пациентов (52%) приоб-

ретали беклометазон в аптеках по желтым рецептам (ПГГ). В то же время, одна треть опрошенных пациентов попадает в стационар с обострением болезни, возможно это та часть пациентов, которые не приобретали беклометазон по льготным рецептам.

Вместе с тем, менее четверти опрошенных пациентов знают точное количество препаратов, которые они могут получить со льготной скидкой по ПГГ, и только одна треть опрошенных пациентов ориентируется о льготных скидках на ИГКС и сальбутамол по ДП ОМС.

Очень важно, что хотя в районах семейные врачи больше объясняют пациентам их права на льготное приобретение лекарств, пациенты больше знают о сальбутамоле, а не о базисном препарате беклометазоне. Так, выявлена слабая информированность пациентов в районах о нормах на льготное лекарственное обеспечение ингаляционных глюкокортикостероидов, что логично ведет к недостаточному использованию этих препаратов в лечении. К сожалению, больше сохраняется интерес и информированность у пациентов в районах только к сальбутамолу, то есть препарату для симптоматического лечения астмы. О необходимости образовательных программ по выполнению современных стандартов лечения бронхиальной астмы, особенно в сельских районах, указывается и в исследованиях российских авторов (15).

Среди других проблем, связанных с льготным лекарственным обеспечением, выявленных во время обсуждения с пациентами были: ссылки врачей на отсутствие льготных рецептов; перебои с наличием беклометазона в аптеках, реализующих препараты по льготным программам, из-за чего больные вынуждены покупать препарат в других аптеках за полную стоимость; короткие сроки действия льготных рецептов.

Важно отметить, что больные, получив буклеты (памятки) о льготном лекарственном обеспечении при бронхиальной астме, выражали свое удовлетворение этим удобным и понятным на их взгляд способом распространения информации. Кроме того, зная о пикфлометрии и понимая важность её в оценке своего состояния, пациенты были готовы приобрести пикфлоуметры, однако, к сожалению, в регионах в аптечной сети в продаже пикфлоуметров нет.

Выводы.

1. В целом по стране, пациенты с бронхиальной астмой знают о своих правах на льготное приобретение лекарств, которые поддерживаются государством: утвердительный ответ получен у 84% респондентов по ПГГ и у 78% респондентов по Дополнительной программе ОМС.

2. Почти все опрошенные пациенты заинтересованы в получении информации о льготном приобретении основных лекарств и хотели бы иметь у себя в регионах астма-школы.

3. Эффективным является распространение информации среди пациентов о правилах льготного отпуска препаратов по ПГГ и ДП ОМС через информационные буклеты на кыргызском и русском языках.

Литература:

1. Доклад рабочей группы GINA ("Global Strategy for Asthma Management and Prevention") 2008, 2009 гг.

2. Клинические протоколы по пульмонологии для первичного и вторичного уровня здравоохранения в Кыргызской республике. Минздрав КР. Бишкек. 2010.

3. Руководство по ведению пациентов с болезнями органов дыхания для первичного уровня здравоохранения на основе стратегии PAL ВОЗ. Кыргызско-Финская программа по легочному здоровью. Бишкек. 2005.

4. Приказ Минздрава Кыргызской Республики №133 от 30.04.2001. "Об обеспечении лекарственными средствами застрахованных граждан по Дополнительной Программе ОМС на первичном уровне".

5. Приказ Минздрава Кыргызской Республики № 332 от 20.06.06. "О льготном лекарственном обеспечении на амбулаторном уровне по Программе Государственных Гарантий".

6. Постановление Правительства КР № 363 от 24.08.07. "Программа Государственных Гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью".

7. J Beilby et al. Systems for the management of

rimary care respiratory disease through the world. Primary Care Respiratory Journal (2008); 17(1): 5-6.

8. T Haahtela, L E Tuomisto, F Pietinalho, N Klaukka, . Erhola et al. A 10 year asthma programme in Finland: major change for the better. Thorax 2006; 61:663-670.

9. Ellen I Schafheutica. The impact of prescription charges on asthma patients is uneven and unpredictable: evidence from qualitative interviews. Primary Care Respiratory Journal (2009); 18(4): 266-272

10. Bjorn Stallberg, Karin Lisspers, Mikael Hasselgren, Christer Janson, Gunnar Johansson, Kurt Svardsudd. Asthma control in primary care in Sweden: a comparison between 2001 and 2005. Primary Care Respiratory Journal (2009); 18(4): 279-286

11. David Beran, John S Yudkin and Maximilian de Courten. Assesing health systems for I diabetes in sub-saharan Africa: developing a"Rapid Assessment Protocol for Insulin Access". BioMedCentral Health Services Research 2006, 6:17.

12. David Beran, John S Yudkin and Maximilian de Courten. Access to Care for Patients With Insulin-Requiring Diabetes in Developing Countries. Diabetes Care J, Volum 28, Number 9, September 2005.

13. Karin Lisspersa, Bj?rn St?llberga, Mikael Hasselgrena, Gunnar Johanssona, Kurt Sv?rdsudd. Primary health care centres with asthma clinics: effects on patients? knowledge and asthma control. Primary Care Respiratory Journal (2010); 19(1): 37-44

14. Robin Greena, Gloria Davisb, David Price. Perceptions, impact and management of asthma in South Africa: a patient questionnaire study". Primary Care Respiratory Journal (2008); 17(4): 212-216

15. Мищенко О.В., Павлов О.В., Купаев В.И. Новые подходы к оценке фармакотерапии больных бронхиальной астмой в Самарской области. Пульмонология 2005; 5:108-113.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕННОГО ЗАКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА

(случай из практики).

Мукашев М.Ш. Мукашев Т.М.

Кафедра судебной медицины и права КГМА им.И.К.Ахунбаева. Республиканское бюро судебно- медицинской экспертизы.

Переломы костей носа возникают при ударном прямом или ударно-скользящем боковом травматическом воздействии тупых твердых предметов.

По данным Б.С.Свадковского (1974) из 113 проведенных экспертиз, в 75,2% случаев имел место перелом костей носа без смещения отломков и деформации, в 24,0% случаев-со смещением отломков и деформацией, а 0,8% случаев пришелся на перелом носовой перегородки в хрящевом отделе.

По мнению же Козлова В.В. (1976) переломы костей носа относятся к "редким видам", т.к. из 1297потерпевших с переломами различных костей тела только в 14 случаях встретил переломы костей носа.

По нашему мнению переломы костей носа встречаются гораздо чаще, однако за медицинской помощью обращаются не все и случаи переломов костей носа остаются завуалированными.

Вопросы эпидемиологии травмы носа в настоящее время требуют глубокого изучения и существующие данные о распространенности травм носа являются разнородными, неполными и касаются прежде всего данной этиологии в общей структуре ЛОР- заболеваний и травматических повреждений(Ю.Ю. Русецкий, И.О.Чернышенко, В.И. Богатишев и др.,2007).

В дежурные ЛОР- стационары как правило, поступают больные, нуждающиеся в хирургическом лечении и наблюдении и по данным стационаров г. Тольятти переломы костей носа в расчете на 100 000 населения соответственно была 36,9 в 2003году, 34,9 в 2004году и 26,1 в 2005 г. (Ю.Ю. Русецкий, И.О.Чернышенко, В.И. Богатишев и др.,2007).

По данным ЛОР- клиники ГКБ-1 им. Н.И. Пирогова, прослеживается ежегодное увели-

чение травматических повреждений лицевого скелета и носа в среднем на 2%. При этом 54,5% больных требуют экстренной госпитализации (Е.В. Суриков, И.В. Иванец,2009)

Статус "неотложного состояния" в ЛОР-практике может быть и при переломах костей носа, которые не угрожая немедленно и непосредственно жизни больного, при непринятии неотложных мер могут привести к осложнению еще более тяжелым заболеванием.(В.Т.-Пальчун, 2008).

По механизму при прямом травматическом воздействии на кости носа спереди назад разъединяются швы между носовыми костями, а также с лобными отростками верхней челюсти. При действии значительной силы повреждаются придаточные пазухи, стенки орбиты и кости основания черепа.

При травме носа могут возникать кровотечения вплоть до профузных и в редких случаях являющихся даже причиной смерти пострадавших от острого малокровия. Повреждение слизистой оболочки носа может являться причиной подкожной эмфиземы. При сужении носовых ходов в результате смещения и западения отломков костей или носовой перегородки нарушается носовое дыхание, иногда до значительной степени.

Носовое кровотечение занимает первое место по частоте среди спонтанных кровотечений и является наиболее распространенным показателем для экстренной госпитализации в ЛОР- отделение и нередко носовые кровотечения представляют реальную угрозу для жизни больного(А.Г. Волков, Н.В. Бойко, В.В. Быкова, В.Г. Жданов, 2010)

Установление степени вреда здоровью при переломах костей носа обычно не представляет особых затруднений и чаще степень вреда определяется как легкие с кратковременным расстройством здоровья по признаку кратковременного расстройства здоровья более 7 дней и не менее 21дня (при закрытых переломах без смещения костей), реже как менее тяжкие по признаку длительности расстройства здоровья более 21 дня (при закрытых и открытых переломах костей со смещением и нарушением носового дыхания). В то же время в ряде случаев переломы костей носа могут сопровождаться профузным кровотечением (КозловВ.В.,1976-),обусловленных повреждением множественных мелких сосудов слизистой носа.

Основой судебно-медицинской экспертизы является установление причинно- следственных связей воздействия травмирующего фактора и возможного развития повреждения или заболевания, обусловленного данным воздействием (В.М. Ушарова, 2008).

Переломы костей носа иногда сопровождаются трещинами внутренней стенки орбиты, наружных стенок лобной пазухи и стенок решетчатой кости, которые относятся к лицевому скелету и по степени вреда не могут быть отнесены к тяжким(Авдеев М.И.1968). Однако переломы костей носа могут сопровождаться (при прямом сильном ударном травматическом воздействии на верхнюю часть переносицы) гемосинусом верхне- челюстных пазух , клеток решетчатого лабиринта со значительным, длительным кровотечением и развитием ДВС- синдрома, представляющим определенный клинический и судебно- медицинский интерес как редкий случай в медицинской практике.

В качестве примера приводим случай из судебно- медицинской практики.

Гр.Ж.1986г.р.получил травму лица 10.07.2010года примерно в 01ч.00мин. 11.07.2010года в 06ч.10мин. поступил в отделение нейротравмы и ЛОР- отделение НГ МЗ КР(история болезни № 19705/204/1320). Жалобы при поступлении на головные боли, головокружение, тошноту, носовое кровотечение. В момент травмы терял сознание. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован в месте и во времени. Положение активное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 110/70 мм.рт.ст. Локально: болезненность в области переносицы и вокруг обоих глаз, кровотечение из носовых ходов. 12.07.10 года - ЛОР- у больного сильное носовое кровотечение с затеканием в глотку. Анамнез: "кровотечение из носа было вчера и снова возобновилось сегодня ". Локально: при риноскопии из обеих половин носа идет кровь, источник кровотечения не виден. Проведена мазево-марлевая тампонада с двух сторон. Кровоте-

*ение прекратилось. Тампоны на 48 часов. ДЗ: носовое кровотечение. 13.07.10г.на компьютерной томографии- перелом спинки носа, гемосинус в верхне-челюстных пазухах, клеток решетчатого лабиринта. 13.07.10г.- дежурный терапевт: на момент осмотра состояние больного стабильное, кровотечения нет. Сознание ясное. Кожа бледной окраски, сухая на ощупь. АД 120/70 мм.рт.ст. ДЗ: Посттравматическая анемия. В связи с продолжающимся кровотечением 13.07.10г. операция- перевязка наружных сонных артерии с двух сторон. По тяжести состояния больной после операции переведен в отделение реанимации. 15.07.10г. у больного вновь возобновилось обильное носовое кровотечение из обеих половин носа с затеканием в глотку. В перевязочной больному установлен задний тампон, опущенный по катетеру через правую половину носа. Передняя тампонада носа с двух сторон. Кровотечение прекратилось. Кровопотеря составила примерно50.0мл. С целью гемостаза и восполнения кровопотери введены свежезамороженная плазма и эритроцитарная масса по 250,0мл. 16.07.10г.общий анализ крови: Эр.-2,8х10*12/л, гемоглобин 78 г/л, СОЭ 50 мм/ч. ДЗ: Закрытый перелом костей носа. Носовое кровотечение. ДВС- синдром. ОПН?16/07/10г.больной переведен в ЛОР-отделение. Состояние тяжелое, сознание по шкале Глазго 10-11 баллов. АД 120/70 мм.рт.ст. 16.07.10г.(по дежурству). Состояние тяжелое, сознание оглушенное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 120/70 мм.рт.ст. PS- 76 в минуту. Тампоны в носу состоятельные, кровотечения нет. Больному введена свежезамороженная плазма-200.0мл. и эритромасса -250,0мл. Диурез примерно 300,0мл., моча- обычного цвета. 17.07.10г. отмечено затекание крови по задней стенке глотки. Локально: по задней стенке глотки обильно стекает кровь. Решено провести перетампонаду носа со сменой заднего и переднего тампона. Старые тампоны удалены. С помощью проводника установлен задний тампон. Справа в верхние отделы установлены полоски гемостатической губки, завернутые в марлевую салфетку, передняя тампонада носа. Кровотечение остановлено. 18.07.10г. консилиум - у больного на фоне частых рецидивирующих кровотечений развился ДВС- синдром. Рекомендовано: при стабилизации состояния больного и повторном кровотечении показана селективная эмболизация отходящих ветвей сонных артерий с обеих сторон. У больного вновь возобновилось кровотечение из носа с затеканием в глотку. Перетампонада носа, кровотечение остановилось. Отделение ангиографии (для эмболизации) института кардиологии закрыто до сентября. Необходимо операционное вмешательство нейрохирургов из-за повторных кровотечений из носа и неэффективных передних и задних тампонов. 23.07.10г.операция- КПТЧ в лобной области справа с клипированием интракраниального отдела внутренней сонной артерии справа и перевязка правой общей сонной артерии передним доступом. В послеоперационном периоде состояние больного тяжелое. Тампоны удалены. Кровотечения нет. 25.07.10г. состояние тяжелое. При риноскопии в полости носа незначительное количество геморрагических корок. Признаков кровотечения нет. 30.07.10г. состояние относительно удовлетворительное. Жалоб особых нет. 06.08.10г. общее состояние улучшилось. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. При риноскопии слизистая носа розовая, носовые ходы широкие, без патологического отделяемого. Выписан домой. Проведено 26 койко-дней.*

Заключительный диагноз: Закрытый перелом костей носа со смещением. Посттравматическое рецидивирующее носовое кровотечение. Постгеморрагическая анемия. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга.

При судебно- медицинской оценке степени вреда здоровью принималось во внимание многократное носовое кровотечение, осложнения в виде ДВС- синдрома и постгеморрагической анемии и реальная опасность для жизни больного, возникшие в результате закрытого перелома костей носа с гемосинусом клеток решетчатого лабиринта и верхне-челюстных пазух, которые и были источником кровотечения. Кровотечение остановлено лишь после клипирования интракраниальных ветвей внутренней сонной артерии.

Гемосинус клеток решетчатого лабиринта и верхне-челюстных пазух является редким видом осложнений черепно-лицевых травм(пе-

реломов костей носа) и в судебно- медицинской практике при определении степени вреда здоровью необходимо учитывать характер последствий такого рода травм.

Литература:

1. Волков А.Г., Бойко Н.В., Быкова В.В., Жданов В.Г. Совершенствование способов остановки носового кровотечения. Вестник оториноларингологии , 4.2010.-с.9-12.

2. Козлов В.В. Судебно- медицинское определение тяжести повреждений. Изд-во Саратовского университета , 1976.-253с.

3. Пальчун В.Т. Клинические нормы неотложного состояния в оториноларингологии. Вестник оториноларингологии 5.2008.-с.4-6.

4. Русецкий Ю.Ю., Чернышенко И.О, Богатишев В.И., Буянов А.П, Сапаргалиева К.З. Эпидемиологические аспекты переломов костей носа в условиях современного промышленного города. Вестник оториноларингологии, 3.2007-с.27-29.

5. Свадковский Б.С. Учебное пособие по судебно- медицинской стоматологии. Медицина. М.,1974.-174с.

6. Суриков Е.В., Иванец И.В. Клинико-анатомическая характеристика травм носа. Вестник оториноларингологии, 5.2009.-с.30-32.

7. Умарова В.М. Юридические аспекты оформления документации для проведения судебно- медицинской экспертизы при травме ЛОР- органов. Вестник оториноларингологии,3.2008.-с.59-60.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

В.М. Мадьяров

Казахстанский медицинский университет, г. Алматы

Резюме. Выявлены особенности возрастно-половой структуры больных по видам кишечной непроходимости, характеру сопутствующих заболеваний, сроков их поступления до оперативного вмешательства, а так же виды оперативных вмешательств с острой кишечной непроходимостью определяют специфические особенности наличия данной патологии среди населения.

Resume. Thus, the peculiarities of the age-sex structure of the distribution of patients by type of intestinal obstruction, the nature of concomitant diseases, the duration of their admission to surgery and the types of surgical interventions with acute intestinal obstruction determine the specifics of the presence of this disease among the population.

Проведен анализ 2650 больных с острой непроходимостью кишечника, находящихся на лечении в хирургических отделениях клиники НУО "Казахстанский медицинский университет", АО "Санаторий Казахстан" (госпиталь МВД), БСМП (больница скорой медицинской помощи), ЦГКБ (центральная городская клиническая больница), хирургическое отделение клиники Новгородского государственного университета с 1976 по 2007 годы.

Все больные с острой непроходимостью кишечника распределены по полу, возрасту, характеру сопутствующих заболеваний, по срокам от начала заболевания до оперативного вмешательства и характеру оперативных вмешательств. Распределение больных по локализации и возрасту представлена в таблице 1. Из приведённых в таблице 1 данных видно, что из 2650 больных с ОНК у 1797 пациентов (67.8%) возраст не превышает 60 лет. Причём преобладают пациенты с острой спаечной кишечной непроходимостью - 1855(70%) больных. Далее больные с динамической кишечной непроходимостью - 339 (12.8%) и больные с обтурационной кишечной непроходимостью - 275 (10.4%), из которых у 161 (58.7%) обтурация обусловлена злокачественными новообразованиями.

Таблица 1-

Распределение больных по виду острой кишечной непроходимости и возрасту.

Вид кишечной непроходимости		Количество больных					
		До 40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61-70 лет	Старше 70 лет	Всего
Острая спаечная непроходимость кишечника		398 (15.0%) (67.6%)	471 (17.8%) (77.7%)	468 (17.7%) (77.7%)	313 (11.8%) (69.1%)	205 (7.7%) (51.2%)	1855 (70%)
Острая странгуляционная кишечная непроходимость		77 (2.9%) (13.1%)	20 (0.8%) (3.3%)	41 (1.5%) (6.8%)	23 (0.85%) (5.1%)	4 (0.15%) (1.0%)	165 (6.2%)
Острая обтурационная кишечная непроходимость		42 (1.57%) (7.1%)	45 (1.7%) (7.4%)	45 (1.7%) (7.5%)	48 (1.8%) (10.6%)	95 (3.6%) (23.8%)	275 (10.4%)
Инвагинация		9 (0.3%) (1.5%)	3 (0.1%) (0.5%)	2 (0.06%) (0.35%)	1 (0.03%) (0.2%)	1 (0.03%) (0.2%)	16 (0.6%)
Динамическая кишечная непроходимость		63 (2.37%) (10.7%)	67 (2.5%) (11.1%)	46 (1.74%) (7.65%)	68 (2.6%) (15.0%)	95 (3.6%) (23.8%)	339 (12.8%)
Всего Больных	Абс.	589	606	602	453	400	2650
	%	22.2%	22.9%	22.7%	17.1%	15.1%	100

Значительное количество больных - 1569 59.2%) страдали сопутствующими заболеваниями. Характер сопутствующих заболеваний у больных с острой кишечной непроходимостью показывает, что впервой группе больных имели: гипертоническая болезнь - 25,1%; общий атеросклероз - 18,1%; ишемическая болезнь сердца - 19,9%; хронические обструктивные заболевания легких - 7,6%; сахарный диабет - 6,9%; цирроз печени - 4,2%; хронический пиелонефрит - 11,7%; ожирение - 6,5% (таблица 2).

Необходимо отметить, что у некоторых больных имело место сочетание нескольких сопутствующих заболеваний.

В первые 2 -3 часа доставлена 50,8% больных со всеми видами кишечной непроходимости; до 24 часов - 29,6% ; свыше 24 часов - 19,6%.

Таблица 2

Характер сопутствующих заболеваний у больных с острой непроходимостью кишечника у больных.

Характер сопутствующих заболеваний	Количество больных	
	Абс.	%
Гипертоническая болезнь	394	25.1
Общий атеросклероз	284	18.1
Ишемическая болезнь сердца	313	19.9
Хронические обструктивные заболевания лёгких	119	7.6
Сахарный диабет	108	6.9
Цирроз печени	65	4.2
Хронический пиелонефрит	184	11.7
Ожирение	102	6.5
Всего больных	1569	100

В таблице 3 представлены основные виды оперативных вмешательств, которые были выполнены больным с ОКН.

Таблица 3

Виды оперативных вмешательств у больных с острой кишечной непроходимостью.

№ п\п	Вид оперативного вмешательства	Количество больных	%
1.	Резекция тонкого кишечника с интубацией тонкой кишки	118	13.8
2.	Резекция тонкого кишечника без интубации	118	13.8
3.	Висцеролиз, назоинтестинальная интубация тонкого кишечника	199	23.4
4.	Висцеролиз без назоинтестинальной интубации тонкого кишечника	53	6.3
5.	Резекция толстого кишечника с выведением одноствольного ануса (резекция типа Гарману)	41	4.8
6.	Наложение обходного анастомоза	14	1.6
7.	Выведение двухствольного ануса	15	1.8
8.	Деторсия без мезосигмо-, сигмопликации при мегадолихосигме	29	3.4
9.	Деторсия без мезоцеко-, цекопликации при caecum mobile	10	1.2
10.	Деторсия с мезосигмо-, сигмопликацией при мегадолихосигме	39	4.6
11.	Деторсия с мезоцеко-, цекопликацией при caecum mobile	11	1.3
12.	Дезинвагинация	13	1.6
13.	Резекция тонкого кишечника с выведением энтеростомы (типа Майдля)	20	2.4
14.	Назоинтестинальная интубация тонкого кишечника при динамической непроходимости	50	5.9
15.	Энтеротомия с удалением инородного тела, желчного камня, фито-, трихобезоара	31	3.6
16.	Колотомия с удалением инородного тела, фито-, трихобезоара.	44	5.2
17.	Операция Гартмана	34	4.0
18.	Выведение одноствольного ануса без резекции толстого кишечника	11	1.3
	Всего операций	850	100

Наиболее частым видом оперативного вмешательства является: висцеролиз, назоинтестинальная интубациятонкого кишечника - 23,4%; резекция тонкого кишечника с интубацией тонкой кишки - 13,8%; резекция тонкого кишечника без интубации- 13,8%; назоинтестинальная интубация тонкого кишечника при динамической непроходимости - 5,9%. На долю которых приходиться - 63,2%.

Таким образом, выявлены особенности возрастно-половой структуры распределения больных по видам кишечной непроходимости, характеру сопутствующих заболеваний, сроков их поступления до оперативного вмешательства, а так же виды оперативных вмешательств с острой кишечной непроходимостью определяют специфические особенности наличия данной патологии среди населения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИЗИНОПРИЛА В СОЧЕТАНИИ С ИНДАПАМИДОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Абдулакимова Д.А., Юсупова Г.С., Калиев Р. Р.
Национальный Центр Кардиологии и Терапии им. академика Мирсаида Миррахимова .
Кафедра терапии общей практики с курсом семейной медицины
(зав. каф. - д.м.н., профессор Калиев Р.Р.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель исследования - оценка эффективности лизиноприла (диротон, "Гедеон Рихтер", Венгрия) в сочетании с индапамидом (PRO.MED.CS, Praha a.s.) у больных артериальной гипертонией (АГ) II и III степени с сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2-го типа. Обследованы 33 больных с АГ II и III степени с сопутствующим СД 2-го типа, находящихся на диспансерном учете в ЦСМ № 7 г. Бишкека. На фоне 12-ти недельного курса лизиноприла по 40 мг/сут с индапамидом 2,5 мг/сут по данным суточного мониторирования (СМАД) снизилось как систолическое, так и диастолическое АД. Комбинированный прием в суточной дозе лизиноприла 40 мг с индапамидам 2,5 мг оказывал достоверное снижение вариабельности среднесуточного диастолического давления (СДАД). На фоне 12-ти недельного лечения лизиноприла с индапамидом установлено значимое снижение содержания сахара в крови у больных АГ с сопутствующим СД 2 -го типа.
Ключевые слова: артериальная гипертония, лизиноприл, индапамид, суточное мониторирование АД

Корутунду: Изилдөөнүн максаты-кан басымы жогору болгон, өнөкөт кант оруусу коштолгон орулууларда лизиноприл (диротон, "Гедеон Рихтер", Венгрия) менен индапамид дарысынын таасирин баалоо. Бишкек шаарындагы № 7 үй-бүлөлүк даарылоо борборунда диспансердик көзөмөлдө турушкан кан басымы жогору II и III даражадагы, өнөкөт кант оруусу коштолгон 33 ооруну текшердик. 12 жума бою оорулуулар суткасына 40 мг лизиноприл жана 2,5 мг индапамид дарысын алышты. Кан басымын суткалык монитор жардамында байкадык. Анын негизинде толугу менен систоликалык жана диастолалык кан басымы төмөндөдү, ошондой эле суткасына 40 мг лизиноприл жана 2,5 мг индапамид дарысын бирге алышкан оорулууларда өзгөрүмдүү ортосуткалык диастолалык кан басымынын төмөндөгөнү байкалды. Кант оорусу менен кан басымы жогорулаган оорулуларда кандын составындагы кант көрсөткүчү нормал денгээлине чейин түштү, б.а. лизиноприл менен индапамид дарысы бирге кант алмашуу процессине пайдалуу таасирин тийгизеери аныкталды.

The resume. Aim was to compare the efficacy of lisinopril (diroton, "Gedeon Richter", Hungary) combined with indapamide (PRO.MED.CS, Praha a.s.) in hypertensive patients, II and III stages, with comorbid diabetes mellitus 2nd type. Thirty three hypertensive patients with diabetes mellitus 2nd type were examined. All of them had underwent regular medical check-up at CFM №7 in Bishkek. After 12-week treatment by combination of lisinopril, 40 mg and indapamide 2,5 mg daily there was a decrease of the blood pressure (both systolic and diastolic) according to the ambulatory blood pressure monitoring. The combination of lisinopril, 40 mg, and indapamide, 2,5 mg caused significant decrease of the mean daily diastolic variability. The significant decrease of the serum glucose was revealed in the patients after the 12-week treatment by lisinopril with indapamide.

Key words: arterial hypetension, lisinopril, indapamide, ambulatory BP monitoring

Проблема сочетания артериальной гипертонии (АГ) с сахарным диабетом (СД) несет угрозу преждевременной инвалидизации и смерти больных от сердечно-сосудистых осложнений [1]. Основной целью терапии больных АГ является снижение АД до целевых уровней и поддержание его на этих показателях. В большинстве случаев, достигнуть такого снижения АД с помощью одного антигипертензивного препарата невозможно. Согласно национальным рекомендациям (ВНОК, 2004) [2], больным АГ в сочетании с СД целесообразно изначально начать терапию двумя препаратами. Поскольку в патогенезе АГ у этих больных важная роль отводится задержке натрия и жидкости диуретики следует рассматривать в качестве компонента комбинированной антигипертензивной терапии.

Цель исследования: оценить эффективность применения лизиноприла (диротон, "Гедеон Рихтер", Венгрия) в сочетании с индапамидом (PRO.MED.CS, Praha a.s.) у больных артериальной гипертонией АГ II и III степени с сопутствующим сахарным диабетом 2-го типа.

Материалы и методы. Обследованы 33 больных, страдающих АГ II и III степени с сопутствующим СД- 2 го типа, находящихся на диспансерном учете ЦСМ № 7 г. Бишкек. Среди обследуемых лиц были 15 мужчин, 18 женщин, в среднем возрасте 54,2 + 9,5 года.

Пациентам назначали лизиноприл по 20 мг два раза в сутки, в сочетании с индапамидом в дозе 2,5 мг в сутки. Контрольные исследования включали физикальный осмотр больного, регистрацию ЭКГ через один и три месяца лечения, суточное мониторирование АД (СМАД) с помощью приборов "Tonoport-IV" (фирмы Marquetle Helliqe, Германия). Исследование начинали в 10 часов с интервалом между измерениями АД 15 мин днем и 30 мин во время сна. При анализе СМАД оценивали средние характеристики амбулаторного АД: среднесуточные, среднедневные и средненочные показатели АД, пульсовое давление, "нагрузку давлением" (индекс времени).

Состояние углеводного обмена оценивали по показателям гликемии натощак и постпрандиально в капиллярной крови с использованием глюкозооксидазного метода. Критериями, отражающими состояние компенсации углеводного обмена, согласно рекомендациям Американской диабетологической ассоциации, считали гликемию натощак не более 5,6 ммоль/л, а постпрандиальную не более 7,5 ммоль/л, [3]. Достоверность различий сравниваемых показателей определяли по t- критерию Стьюдента, различия считались статистически достоверными при $p< 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Исходно среднесуточное систолическое АД (ССАД) было повышенным 157,3+11,2 мм.рт.ст. (см.табл.1). После курса лечения ССАД достоверно ($p<0,05$) уменьшилось и составило в среднем 127,0+6,3мм.рт.ст. Исходно среднесуточное диастолическое (СДАД) по данным мониторирования составило 87,0+ 6,6 мм.рт.ст, после курса терапии оно достоверно ($p<0,05$) снизилось до 77,0+ 4,1 мм.рт.ст. Таким образом, гипотензивная трех месячная комбинированная терапия достоверно снижала показатели как ССАД, так и СДАД. При анализе динамики показателей во время мониторирования выявлено, что на фоне комбинированной терапии лизиноприла с индапамидом уровень суточной вариабельности достоверно ($p<0,05$) был ниже и составил в среднем 15,1+ 6,1. мм рт. ст. СДАД достоверно ($p<0,05$) уменшилось до 9,8+1,0 мм.рт.ст. Кроме этого при этом определялось достоверное сокращение индекса времени как САД, так и ДАД. Одновременно степень влияния комбинированной терапии подтверждена положительными изменениями суточной вариабельности диастолического АД.

Таблица 1

Динамика параметров АД на фоне приема лизиноприла с индапамидом

Показатель	Лизинаприл+индапамид (n-33)	
	До лечения	После лечения
Среднесуточное САД, мм.рт.ст.	157,3±11,2	127,0±6,3*
Среднесуточное ДАД, мм.рт.ст.	87,0±6,6	77,1±4,1*
Суточная вариабельность САД, мм.рт.ст.	21,8±2,7	15,1±1,6*
Суточная вариабельность ДАД мм.рт.ст.	15,3±2,2	9,8±1,0* **
Индекс времени гипертонии САД за 24 часа	80,3±5,2	31,2±5,1* **
Индекс времени гипертонии ДАД за 24 часа	66,6±3,3	22,2±2,4* **

Примечание.* - p<0,05; ** - p<0,01.

В течение трех месяцев мы не наблюдали каких-либо изменений показателей интервала PQ, QRST на ЭКГ.

Исходно, у всех больных АГ с СД 2-го типа выявлено нарушение углеводного обмена (см. табл. 2). Так, среднее значение уровня гликемии натощак составило 6, 9±0,39 ммоль/л, постпрандиальной гликемии - 9,7±0,59 ммоль/л, что свидетельствует о неполной компенсации СД у этих пациентов. Через 12 недели комбинированной терапии лизиноприла 40 мг/сут с индапамидом 2,5 мг/сут установлено достоверное (p<0,05) падения уровня гликемии натощак на 7,3%, а постпрандиальной гликемии на 5,2%. Благоприятное влияние комбинированной терапии на углеводный профиль у больных АГ с СД вероятнее всего обусловлено увеличением чувствительности тканей к инсулину.

Таблица 2

Сдвиг показателей углеводного обмена при трех месячной терапии у больных АГ, ассоциированной с СД 2-го типа

Показатель	АГ +СД (n-30)	
	Исходно	Через три месяца
Глюкоза натощак, ммоль/л	6,9±0,39	6,4±0,36*
Постпрандиальная гликемия, ммоль/л	9,7±0,59	9,2±0,59*

Примечание. * - p<0,05

Таким образом, результаты наших исследований демонстрируют эффективность лизиноприла в сочетании с индапамидом у больных АГ с сопутствующим СД 2-го типа.

Выводы:

1. На фоне трех месячного лечения лизиноприла с индапамидом отмечалось достоверное снижение как систолического, так и диастолического АД по результатам суточного мониторирования АД.

2. При использовании комбинированной терапии по данным 24-часового мониторирования АД достоверно снизилась суточная вариабельность диастолического АД.

3. Терапию лизиноприла с индапамидом можно рекомендовать для длительного приема больным АГ с сопутствующим СД 2-го типа.

Литература:

1. Шестакова М.В. Многокомпонентный подход к лечению сахарного диабета и его осложнений (лекция). Тер. арх. 2006; 10: 33-36.

2. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр). Кардиоваск. тер. и профилакт. 2004; (прил.): 20.

3. Barrett-Connor E., Khaw K.T. Diabetes mellitus: an independent risk factor for stroke. Am. J. Epidemiol. 1988; 128: 112-123.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВЫВИХОВ БЕДРА С ПЕРЕЛОМАМИ ЗАДНЕГО КРАЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Б.Т.Исмайылов, Дюшеналиев Б.Б.
Кафедра медицины катастроф, травматологии и ортопедии КГМИПиПК, кафедра травматологии, ортопедии и ЭХ КГМА г.Бишкек,Кыргызская республика

Кортунду. Жамбаш чөйчөгүнүн арткы чети сынып, сан сөөгү ордунан чыккан, башка сөөктөрдүн сыныктары менен айкалышкан 124 оорулуну дарылоого анализ жүргүзүлгөн. Ушундай оорулуларды дарылоодо жалпы абалына жана сан-жамбаш муунунун жаракаттануу тибине жараша дифференциалдуу мамиле аныкталган.
Ачкыч сөздөр:жамбаш чөйчөгү, жаракат,политравма, сөөк сыныктары, берттенүү

Резюме. Представлен анализ лечения 124 больных с травматическими вывихами бедра с переломами заднего края вертлужной впадины с сопутствующими повреждениями других костей. Определен дифференцированный подход при лечении таких больных в зависимости от общего состояния и типа повреждений тазобедренного сустава.
Ключевые слова: вертлужная впадина, повреждения, политравма, переломы костей, вывих

Resume. There was presented the treatment analyse of 124 patients with the acetabulum fracture and also with concomitant injuires of other bones. There was determined the differentiated approach in treatment of these patients depending on general conditions and type of the hip joint injuiry there.
Key words: acetabulum, injuri ,polytrauma,bones fracturae,luxacio

Введение. Травматические вывихи бедра с переломами заднего края вертлужной впадины относятся к наиболее сложным и актуальным проблемам современной медицины. Сочетание нескольких повреждений у одного и того же больного создает определенные трудности как при оказании медицинской помощи на месте травмы, при транспортировке, так и в процессе лечения.

Одним из наиболее частых повреждений тазобедренного сустава являются травматические вывихи бедра с переломами заднего края вертлужной впадины. Они возникают преимущественно у мужчин в молодом и среднем возрасте, что обуславливает социально-экономическую значительность данной проблемы. На долю изолированных вывихов приходится лишь 12%, в остальных же случаях они сочетаются с переломами костей, что утяжеляет течение болезни. После травматического вывиха бедра у 25% пострадавших бывают осложнения в виде асептического некроза головки бедренной кости и деформирующего артроза. Важными для прогноза являются сроки оказания квалифицированной медицинской помощи. Так, аваскулярный некроз головки бедра после немедленного вправления вывиха развивается в 30% случаев, если же оно осуществляется через 6 и более часов после травмы, его частота резко возрастает

Тяжелое состояние больных, многообразие

клинических проявлений, неудовлетворенность исходами лечения двигают проблему лечения с травмой тазобедренного сустава в ряд наиболее актуальных в травматологии.

Материалы и методы. За период с 2004 по 2009 в травматологических отделениях Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии находилось на лечении 124 больных с травматическими вывихами бедра с переломами заднего края вертлужной впадины и повреждениями других отделов скелета. В числе последних черепно-мозговая травма (56), переломы ребер (11) ,повреждения позвоночника (7), переломы костей верхних (21) и нижних (29) конечностей. Сочетанные переломы заднего края вертлужной впадины и головки бедренной кости либо диафиза бедра отмечены у 18 больных. Травматический шок зарегистрирован в 65 случаях. Главными причинами травм явились дорожно-транспортные происшествия (76), прямые удары на область большого вертела (22) и падения с высоты (26).

Основными задачами лечения пострадавших с политравмой являются :

сохранение жизни больного, устранение анатомических нарушений скелета, препятствующих нормальной деятельности жизненно важных органов (черепа, грудной клетки, таза, позвоночника), восстановление анатомии и функции поврежденных конечностей.

Оптимальное решение многих тактических и лечебно-профилактических вопросов лечения сочетанных переломов во многом зависит от четкости представления о динамике развития травматической болезни в целом и ее острого периода в частности.

Мы выделяем три этапа в лечении больных с травматическими вывихами бедра с переломами заднего края вертлужной впадины в сочетании с другими повреждениями скелета.

Первый этап - ориентация, диагностика и выявление доминирующего повреждения с одновременной реанимацией и противошоковой терапией.

Второй этап - продолжение противошоковой терапии и проведение оперативных вмешательств по жизненным показаниям (лапаротомия, операции на органы малого таза, трепанация черепа и др.).

Третий этап - лечение повреждений опорно-двигательного аппарата. Приступать к непосредственному лечению вывиха бедра с переломом заднего края вертлужной впадины при сочетанной травме начать после выявления доминирующего повреждения, выведения пострадавшего из шока, стабилизации пульса и артериального давления, проведения оперативных вмешательств по жизненным показаниям.

Осторожное закрытое вправление вывиха под наркозом обычно не оказывает влияния на общее состояние больного. Однако при попытках вправления сочетанных вывихов всегда нужно предвидеть не только трудности и возможные неудачи вправления, но и опасность ухудшения общего состояния пострадавшего. Особенно при вывихах с переломом края впадины может быть неустойчивым из-за оставшегося смещенного костного фрагмента во впадине.

Поэтому в подобных случаях мы предпочитали ограничиваться наложением скелетного вытяжения за бедро. При этом учитывалось то обстоятельство, что чем позднее происходит хирургическое восстановление вертлужной впадины, тем исход заболевания если не в анатомическом, то в функциональном плане становится все хуже.

Суть хирургического лечения - ревизия вертлужной впадины, ликвидация вывиха бедра, восстановление нормальных соотношений костных фрагментов края впадины с фиксацией костных отломков. При наличии сочетанных переломов длинных костей конечностей одновременно реализовывался остеосинтез аппаратом внешней фиксации или погружной остеосинтез.

Консервативное лечение при переломах типа А по классификации AO/ASIF проводилось у 35 больных, когда удавалось вправить вывих бедра и перелом вертлужной впадины был без смещения, либо размеры костного отломка не превышали 2 см. Оперативное лечение при переломах типа А (перелом задней стенки впадины с вывихом) по классификации AO/ASIF.

Проводилось в 44 случаях, когда в первые 10 дней после травмы произведено открытое вправление вывиха бедра с фиксацией костных фрагментов пластинами (6 случаев), остеосинтез заднего края вертлужной впадины винтами (38 случаев).

При переломах типа В (поперечный, "Т-образный") в основном применялось лечение

двойным скелетным вытяжением (у 29 больных), однако из-за неэффективности консервативного лечения в последнее время все чаще прибегаем к открытому остеосинтезу. В 6 случаях мы проводили открытую репозицию с фиксацией отломков пластинами, а в 3 случаях применялся аппарат наружной фиксации- спицестержневой из деталей аппарата Илизарова. При сочетанной травме наружный чрескостный остеосинтез имеет преимущество в связи с минимальной травматизацией.

При тяжелых повреждениях типа С (полный внутрисуставной перелом обеих колонн таза с флотирующей вертлужной впадиной) в 7 случаях проводили остеосинтез пластинами.

Результаты и их обсуждение. Оценка результатов лечения основывалась на субъективных данных, результатах объективного клинического обследования и рентгенографии. Из субъективных данных учитывали боль, возможность активных движений в тазобедренном суставе, походку, возвращение к труду. При объективном обследовании обращали внимание на наличие хромоты, укорочение конечностей, атрофию мышц конечностей, ограничение движений в суставе. Рентгенологически оценивали наличие консолидации, остеопороз, наличие асептического некроза головки бедра, явления коксартроза.

К настоящему времени лечение закончено у 98 пациента из 124. Полное восстановление вертлужной впадины достигнуто у 82 больных, у 13 больных сохранилось смещение отломков, не превышающее 3-4 мм, и у 3 - свыше 4 мм.

Выводы. Нельзя откладывать лечение вывихов и переломов на большой срок, учитывая, что восстановление анатомических соотношений в тазобедренном суставе является также противошоковой мерой, так как значительно уменьшает выраженность болевого синдрома и кровопотерю. Кроме того, вправление вывиха бедра и репозиция костных отломков дна вертлужной впадины, проведенные в поздние сроки, могут быть значительно затруднены, что обязательно скажется на окончательном общем результате лечения.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что своевременно произведенная репозиция костных отломков тазобедренного сустава и длинных костей, уменьшая боль и кровоточивость, особенно из губчатой кости таза, является мощным противошоковым мероприятием.

При травме опорно-двигательной системы , органов брюшной полости травматическом вывихе бедра необходимы ранняя диагностика, активное ведение оперативного периода, экстренная специализированная помощь.

Такое комплексное решение хирургических проблем при сочетанных переломовывихах в области тазобедренного сустава, обеспечивает не только благоприятный жизненный прогноз, но и обуславливает положительные функциональные результаты в целом.

Литература

1 .Бабоша В.А., Лобанов Г.В. // Диагностика, лечение и реабилитация больных с повреждениями костей таза - 1996, - с.9-11.,Екатеринбург;

2. Буачидзе О.Ш. с соавт.// Вестник травматол.. ортопед. -2004 -№2.-
с.13-17,Москва;

3. Кожокматов С.К. с соавт. // Травматол. жанэ ортопедия -2003-№2-
с.158-161, Астана;

4 Dreinhofer K.E., Schwarzkopf S.R., Haas N.P.. Tscherne H. Isolated traumatic dislocation of the hip J.Bone Jt. Surgery.-1994.-V.76-A, N1.-P.6-12;

5. Rieger H., Winge G. ,Brug E., Senninger N. Chirurg.-1998.Vol.69.N.3.P.278-283.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.

В.В.Красоцкий
КРСУ, Медицинский факультет, Кафедра Частных Хирургических Дисциплин, г. Бишкек.

Кортунду. БТОИИБде сан сөөк моюнунун сынынгы оперативдүү жол менен дарыланган 296 оорулуу изилденген. Эрте остеосинтез, баштапкы эндопротездөө сыяктуу операциялар пайдаланылган. Операциядан кийинки мезгилде остеопорозго фармакологиялык коррекция жүргүзүлгөн.
Ачкыч сөздөр: сынык, сан сөөк моюну, остепороз, остеосинтез, эндопротездөө.

Резюме. Обследовано 296 больных с переломами шейки бедренной кости, которым было применено оперативное лечение в БНИЦТО. Используем такие операции как: ранний первичный остеосинтез, первичное эндопротезирование. В послеоперационном периоде проводилась фармакологическая коррекция остеопороза.
Ключевые слова: перелом, шейка бедра, остеопороз, остеосинтез, эндопротезирование.

Resume. A total of 296 patients with fractures of the femoral neck, which was used in the surgical treatment BSRCTO. Use operations such as: early primary osteosynthesis, primary andoprotesis. In the postoperative period was conducted pharmacological correction of osteoporosis.
Key words: fracture, femoral neck, osteosynthesis, andoprotesis, osteoporosis.

Введение. Проблема лечения больных с переломами шейки бедренной кости является неисчерпаемой темой в клинической травматологии опорно-двигательного аппарата [1,2,3].

Наличие большого количества неудовлетворительных результатов после оперативного лечения в виде несращений переломов и асептических некрозов головки бедренной кости достигает 25-30 % [1,4,5].

Инвалидность среди больных с последствиями переломов шейки бедренной кости (ШБК) при первичном освидетельствовании достигает 14.2%, при этом 28,7 % освидетельствованных являются людьми трудоспособного возраста [13].

Летальность среди пожилых и старых пациентов с переломами ШБК остается высокой - до 25 %, что связано с декомпенсацией имевшихся на момент травмы многочисленных сопутствующих соматических заболеваний.

В том случае, если эти пациенты переносят оперативное лечение, уровень их реабилитации остается недостаточным для активной жизнедеятельности и самостоятельности в бытовом обслуживании. Полная реабилитация больных, как трудоспособном, так и в пенсионном возрасте, не превышает 4 % [1,2.6,10].

Лечение больных с переломами ШБК заключается в ранней стабильной и малотравматичной фиксации костных отломков, активизации больных и коррекции нарушения ремоделирования костной ткани. Для успешного проведения операции необходимо предоперационное планирование, учитывающее возраст пациента, характер перелома, степень остеопороза в виде нарушения процесса ремоделирования костной ткани [1,2,6,13].

Продолжительность предоперационного периода должна быть сокращена до минимума, так как производство операции в первые 2-3 дня после травмы предотвращает развитие гипостатических осложнений и прогрессирование ишемии головки бедренной кости [1,2,4,6,8].

В настоящее время переломы ШБК рассматриваются как переломы - маркеры остеопороза [7].В большинстве случаев остеопороз выявляется после того как происходит перелом кости, однако сила действия "невидимой эпидемии" видна по количеству переломов ШБК, которое составляет до 25% среди всех переломов [2,5,7]. В этой связи важно осуществлять эпидемиологическое обследование населения для выявления остеопороза с целью коррекции ремоделирования костной ткани и профилактики получения переломов ШБК. Таким образом, улучшение результатов лечения переломов ШБК является медико-социальной проблемой, решение которой на современном уровне возможно путем сочетания адекватного хирургического, фармакологического

и реабилитационного лечения.

Материалы и методы исследования. Данное исследование основано на изучении историй болезни и результатов лечения 296 пациентов, которые были оперированы по поводу переломов ШБК в травматологических отделениях БНИЦТО с 2007 по 2009 год.

Возраст больных колебался от 36 до 86 лет, однако основными представителями этой категории больных были люди пожилого и старческого возраста Женщин с переломом ШБК было 206 больных (69%).

Механизмом травмы, как правило, было падение с высоты роста.

Более 90% пациентов поступили в первые сутки после травмы.

По характеру переломов 84% составили субкапитальные переломы.

Перед выполнением операции проводилось предоперационное планирование, которое включало в себя обсчет рентгенограмм тазобедренных суставов. По рентгенограммам костей таза определяли шеечно-диафизарный угол и угол линии перелома в соответствии с классификацией Пауэлса.

Основным методом оперативного лечения был ранний первичный остеосинтез - 202 операции. Операции проводили через 2-5 дней после поступления больных в стационар. Пожилым и старым больным операцию старались выполнять как можно раньше, однако наиболее оптимальным и реальным сроком выполнения остеосинтеза остается 2-3 день. Первичный остеосинтез проводили в случаях переломов 1,2 степени по классификации Пауэлса и 1,2,3 степени по классификации Гардена. Для фиксации переломов применяем канюлированные и неканюлированные спонгиозные винты, динамические тазобедренные винты.

Применение самонарезающегося канюлированного винта с диафизарной накладкой приемлемо не только в случае первичной медиализирующей остеотомии, но и в случае первичного остеосинтеза, так как этот фиксатор является универсальным.

Первичное эндопротезирование тазобедренного сустава осуществили в 65 случаях: из них 49 больным - субтотальное эндопротезирование и 16-ти больным - тотальное эндопротезирование.

Показанием к первичному эндопротезированию являлись переломы у б[illegible] старческого возраста в усл[illegible] компенсации кровообращени[illegible] кости и сенильного остеопороза [illegible] были субкапитальные перел[illegible] отломков. При наличии у таких б[illegible] роза, который сопровождается [illegible] щевого покрытия вертлужной [illegible] няли тотальное эндопротезирование [illegible] ного сустава.

Согласно рекомендациям Б[illegible] остеопороза проводилась на осн[illegible] мического уровеня кальция, [illegible] фосфатазы сыворотки крови [illegible] казателей, особенно уровня кальц[illegible] ммоль/литр, являлось критерием [illegible] паратов кальция. Суточная доз[illegible] составляла 1000 мг.

Для лечения и профилактики [illegible] пользовали метаболит витамина D [illegible] цидол или гидроксиапатитовый [illegible]

Альфакальцидол назначали в [illegible] ровке 0,75 мкг, а остеогенон в [illegible] ке 4,98 г (1.66 г х 3 раза в день). [illegible] чали через 30 минут после еды.

Результаты и обсуждение. [illegible] ния оценивались в зависимости [illegible] ния способности к самостоятельн[illegible] нию, способности к самообслуж[illegible] собности к трудовой деятельности [illegible] кации Пирожковой Т.А. Хорошие [illegible] тельные результаты (1 и 2 степень [illegible] жизнедеятельности) были отмечены [illegible]) больных из 202 больных, кот[illegible] нен первичный остеосинтез. [illegible] чение ближайшего времени после [illegible] ли вернуться к прежнему состоя[illegible] нальной активности и самообслуж[illegible] нико - рентгенологическое исслед[illegible] ло заживление перелома и восста[illegible] то-динамической функции конечн[illegible] передвигались с помощью трост[illegible] стыля и имели возможность сам[illegible] бытового обслуживания.

Неудовлетворительный результат [illegible] степень нарушения жизнедеятельн[illegible] дался у 26 больных (13%) вслед[illegible] ложного сустава ШБК, асептич[illegible] ловки бедренной кости, миграц[illegible] вследствие технических ошибок [illegible]

и реабилитационного лечения.

Материалы и методы исследования. Данное исследование основано на изучении историй болезни и результатов лечения 296 пациентов, которые были оперированы по поводу переломов ШБК в травматологических отделениях БНИЦТО с 2007 по 2009 год.

Возраст больных колебался от 36 до 86 лет, однако основными представителями этой категории больных были люди пожилого и старческого возраста Женщин с переломом ШБК было 206 больных (69%).

Механизмом травмы, как правило, было падение с высоты роста.

Более 90% пациентов поступили в первые сутки после травмы.

По характеру переломов 84% составили субкапитальные переломы.

Перед выполнением операции проводилось предоперационное планирование, которое включало в себя обсчет рентгенограмм тазобедренных суставов. По рентгенограммам костей таза определяли шеечно-диафизарный угол и угол линии перелома в соответствии с классификацией Пауэлса.

Основным методом оперативного лечения был ранний первичный остеосинтез - 202 операции. Операции проводили через 2-5 дней после поступления больных в стационар. Пожилым и старым больным операцию старались выполнять как можно раньше, однако наиболее оптимальным и реальным сроком выполнения остеосинтеза остается 2-3 день. Первичный остеосинтез проводили в случаях переломов 1,2 степени по классификации Пауэлса и 1,2,3 степени по классификации Гардена. Для фиксации переломов применяем канюлированные и неканюлированные спонгиозные винты, динамические тазобедренные винты.

Применение самонарезающегося канюлированного винта с диафизарной накладкой приемлемо не только в случае первичной медиализирующей остеотомии, но и в случае первичного остеосинтеза, так как этот фиксатор является универсальным.

Первичное эндопротезирование тазобедренного сустава осуществили в 65 случаях: из них 49 больным - субтотальное эндопротезирование и 16-ти больным - тотальное эндопротезирование.

Показанием к первичному эндопротезированию являлись переломы у больных пожилого и старческого возраста в условиях выраженной декомпенсации кровообращения головки бедренной кости и сенильного остеопороза. Как правило, это были субкапитальные переломы со смещением отломков. При наличии у таких больных коксартроза, который сопровождается деструкцией хрящевого покрытия вертлужной впадины, выполняли тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Согласно рекомендациям ВОЗ, диагностика остеопороза проводилась на основании биохимического уровеня кальция, фосфора, щелочной фосфатазы сыворотки крови. Снижение этих показателей, особенно уровня кальция, ниже 2.2 ммоль/литр, являлось критерием назначения препаратов кальция. Суточная дозировка кальция составляла 1000 мг.

Для лечения и профилактики остеопороза использовали метаболит витамина Д - альфакальцидол или гидроксиапатитовый комплекс.

Альфакальцидол назначали в суточной дозировке 0,75 мкг, а остеогенон в суточной дозировке 4,98 г (1.66 г х 3 раза в день). Препараты назначали через 30 минут после еды.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения оценивались в зависимости от восстановления способности к самостоятельному передвижению, способности к самообслуживанию и способности к трудовой деятельности, по классификации Пирожковой Т.А. Хорошие и удовлетворительные результаты (1 и 2 степень нарушения жизнедеятельности) были отмечены у 191 (90%) больных из 202 больных, которым был выполнен первичный остеосинтез. Эти больные в течение ближайшего времени после операции смогли вернуться к прежнему состоянию функциональной активности и самообслуживания. Клинико - рентгенологическое исследование показало заживление перелома и восстановление стато-динамической функции конечности. Больные передвигались с помощью трости или одного костыля и имели возможность самостоятельного бытового обслуживания.

Неудовлетворительный результат лечения (3 степень нарушения жизнедеятельности) наблюдался у 26 больных (13%) вследствие развития ложного сустава ШБК, асептического некроза головки бедренной кости, миграции фиксаторов вследствие технических ошибок при выполнении

остеосинтеза (8 больных) и выраженных дегенеративно-дистрофических процессов в области тазобедренного сустава. Из 6-ти больных с ложным суставом шейки бедренной кости, у одного больного произошла миграция фиксаторов в течение первых 6-ти месяцев после проведенного остеосинтеза, что было связано с неправильным биомеханическим введением в первом случае - фиксатор был введен выше дуги Адамса поэтому возникла микроподвижность металлоконструкции. Больному было произведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, отдаленный результат удовлетворительный. Во втором случае миграция произошла после повторной травмы через 4 недели после операции, что потребовало выполнения медиализирующей остеотомии и фиксации пластиной Троценко-Нуждина. В остальных 4-ех наблюдениях ложный сустав наступил на фоне асептического некроза головки бедренной кости. Этим больным было произведено эндопротезирование тазобедренного сустава.

Послеоперационная летальность в сроки до 2-х лет после операций остеосинтеза составила 12 больных (6%).Из них 8 больных умерло от острой сердечной недостаточности на фоне сопутствующих хронических заболеваний, двое больных умерло от нарушения мозгового кровообращения и одна больная от раковой интоксикации.

После эндопротезирования тазобедренного сустава хорошие результаты отмечены у 32 из 49 больных, а удовлетворительные результаты у 13 больных. У 4 больных результаты первичного эндопротезирования были неудовлетворительными. У всех больных причиной неудовлетворительных результатов явилось поражение хрящевой ткани вертлужной впадины (коксартроз), которое обусловило боли и нарушение функции в суставе. Лечение этих больных было консервативно, потому как тотальное эндопротезирование невозможно было повести из-за сопутствующих заболеваний. В другом случае произошло нагноение послеоперационной раны после первичного остеосинтеза, у больного с базальным переломом шейки бедренной кости. Причиной нагноения явилась невправимость отломков, что потребовало выполнения открытого и в данном случае более травматичного остеосинтеза. Наличие сахарного диабета и как следствие нарушение тканевого иммунитета также послужило причиной для развития воспаления. Послеоперационная рана заживала вторично и после срастания отломков, через 3 месяца фиксатор был удален. Больной ходит с помощью трости, нагружая оперированную конечность. Функциональный результат расценен как удовлетворительный.

Концепция клиники предусматривает проведение ранней стабильно-функциональной фиксации в первые 3 - 5 дней после перелома. В зависимости от характера перелома, возраста пациента, степени остеопороза и уровня кровоснабжения головки бедренной кости применяем : первичный остеосинтез, или первичное эндопротезирование.

Учитывая выраженный сенильный остеопороз и наличие сопутствующих заболеваний (у больных старше 65 лет в 91% случаев имели место сопутствующие заболевания), таким больным проводили первичный остеосинтез либо при рентгенологических признаках нежизнеспособности головки бедренной кости - первичное эндопротезирование.

Необходимо отметить, что при проведении остеосинтеза у больных старческого возраста крайне выгодной является фиксация спонгиозными винтами АО как наименее травматичная и наиболее стабильная у данной возрастной категории больных.

С первых дней после операции проводится ЛФК и массаж мышц нижних конечностей.

По заживлению послеоперационной раны больные выписываются на амбулаторное долечивание, во время которого продолжают занятия ЛФК и ходьбу с частичной нагрузкой (10% от веса тела) на оперированную конечность. Через 3 месяца после операции больным выполняется контрольная рентгенография костей таза и при наличии заживления перелома больному разрешается постепенно переходить на ходьбу с помощью трости.

У 13 больных по данным биохимического уровня кальция сыворотки крови был выявлен остеопороз. У больных с подтвержденным диагнозом остеопороз проводилась фармакологическая коррекция - применяли препарат альфа - Д3.

Таким образом применение в лечении переломов шейки бедренной кости первичной медиализирующей остеотомии и первичного остеосинтеза должно сочетаться с использованием стабильных и малотравматичных фиксаторов, позво-

ляющих рано начинать разработку движений в оперированной конечности и разрешать больному ходить с частичной нагрузкой на оперированную конечность. В послеоперационном периоде обязательным является диагностика возможного остеопороза и его фармакологическая коррекция, с помощью препаратов влияющих на ремоделирование костной ткани.

Выводы:

1. Оперативное лечение переломов шейки бедренной кости должно проводится по возможности в ранние сроки после травмы, т.е. в первые 2-3-е суток, что снижает риск ишемии головки бедренной кости, а следовательно частоту несращения отломков и возникновения асептического некроза головки и шейки бедренной кости.

2. Применение в лечении переломов шейки бедренной кости первичного остеосинтеза должно сочетаться с использованием стабильных и малотравматичных фиксаторов, позволяющих быстро начинать разработку движений в оперированной конечности и активизацию больных, что улучшает срастание отломков и снижает частоту гипостатических осложнений у больных пожилого и старческого возраста.

3. Послеоперационная реабилитация при условиях стабильной фиксации должна включать ходьбу при помощи костылей с частичной нагрузкой на оперированную конечность, что способствует функциональной перестройке костной ткани в месте перелома и улучшает заживление перелома.

4. В послеоперационном периоде обязательным является диагностика возможного остеопороза и его фармакологическая коррекция, с помощью препаратов влияющих на ремоделирование костной ткани, что позволяет стабилизировать потерю минеральной плотности костной ткани и предупредить возникновение контрлатеральных переломов шейки бедренной кости.

5. Контролировать коррекцию ремоделирования костной ткани необходимо с помощью контрольной рентгенографии, выполняемой 1 раз в 3 месяца.

Литература:

1. Анкин Н.Л. Остеосинтез и эндопротезирование при переломах шейки бедра. - Вестник травм. и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 1997; 2:19

2. Дамбахер М.А., Шахт Е. Остеопороз и активные метаболиты витамина Д. М. 1996 .

3. Думбров Д.А., Думбров В.Д. Особенности течения переломов костей и суставов у лиц пожилого и старческого возраста. Клиническая геронтология. 1995; 4: 34-35.

4. Ишмухаметов А.И., Сергеев С.В. и соавт. Сцинтиграфия и компьютерная томография при переломах шейки бедренной кости и их значение в выборе операции. Анналы травматологии и ортопедии. 1996; 1:.27-30.

5. Лирцман В.М., Зоря В.И., Гнетецкий С.Ф. Проблема лечения переломов шейки бедра на рубеже столетий - Вестник Травм. и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 1997; 2: 12-19.

6. Мельцер Р.И. и соавт. Особенности остеосинтеза субкапитальных переломов шейки бедра - Хирургия повреждений. Хирургия неотложных состояний при заболеваниях органов брюшной полости: Тезисы докладов 4 ежегодной итоговой научно-практической конференции по экстренной хирургии - Петрозаводск. 1998

7. Мельцер Р.И., Ошукова С.М. Результаты остеосинтеза базальных переломов шейки бедра Избранные вопросы клинической хирургии: Тез. докл. Научно-практической конф. Хирургов республики Карелия совместно с СПб. НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Петрозаводск. 27.05.98. 1998. СПб. 1998. .97С.

8. Мюллер М.Е., Аллговер А., Шнейдер Р., Виллингер Х. Руководство по внутреннему остеосинтезу. М. 1996.

9. Пирожкова Т.А.,Сергеев С.В., Шарифуллин Ф.А. Изменение плотности костной ткани проксимального отдела бедра у больных с переломами шейки. Материалы 2 Российского симпозиума по остеопорозу. Екатеринбург. 1997. .93 С.

10. Пирожкова Т.А., Сергеев С.В., Пузин С.Н. Эффективность комплексной реабилитации инвалидов с последствиями переломов шейки бедренной кости. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1997; 2: .3-8

11. Рабинович Л.С., Фарыгин В.А. Ранняя активизация в лечении больных пожилого и старческого возраста с переломами шеецки бедра. Клиническая геронтология. 1998; 2: 15-22.

12. Родионова С.С. Метаболические остеопатии: системный остеопороз и остеомаляция у взрослых. Автореферат дисс. доктора мед. наук). 1992.

13. Родионова С.С., Бурдыгин В.Н., Колондаев А.Ф. и соавт. Зависимость частоты переломов тел позвонков от показателей минеральной насыщенности различных отделов скелета при остеопорозе. Второй Российский симпозиум по остеопорозу. Екатеринбург. 1997: 86-88.

АНАЛИЗ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЛЬТРАЗВУКА.

Сайдахметов Т.Б., Ботбаев А.А.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Резюме: произведен литературный обзор мануальной факофрагментации ядра хрусталика при тоннельной экстракции катаракты, для определения актуальности исследований в этом направлении.
Ключевые слова: мануальная факофрагментация, катаракта.

КАТРАКТАНЫ УЛЬТРА ҮНДҮ ПАЙДАЛАНБАСТАН ЭКСТРАКЦИЯЛООНУН АЛЬТЕРНАТИВАЛУУ ЫКМАЛАРЫНА ТАЛДОО ЖҮРГҮЗҮҮ

Т.Б. Сейдахметов, А.А.Ботбаев
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Резюме: Ушул багыттагы изилдөөлөрдүн актуалдуулугун аныктоо үчүн катарактанын тоннелдик экстракциясы учурунда каректин ядросунун мануалдуу факофрагментациясына адабий обзор жасалган
Өзөктүү сөздөр: мануалдуу факофрагментация, катаракта

THE ANALYSIS OF ALTERNATIVE METHODS REMOVING CATARACTS WITHOUT ULTRASOUND USE.

Sajdahmetov T.B., Botbaev A.A.
Kyrgyz State Medical academy

The resume: Has been made the literary review manual facofragmentation of nucleus crystalline lens at tunnel removing cataracts for definition of an urgency of researches in this direction.
Keywords: manual facofragmentation, cataracta.

Ведение. Заболевания хрусталика занимают одно из первых мест среди причин слепоты и инвалидности. В связи с этим лечение больных с катарактой является сложной, актуальной и социально значимой проблемой. Среди различных видов катаракт, старческая катаракта стоит на первом месте и составляет 25% причин слепоты. Хирургия катаракты базируется на преимущественном использовании малотравматичных технологий малых разрезов. Арсенал методов чрезвычайно широк и отличается не только по разрушающей хрусталик энергии (ультразвуковая, лазерная, механическая), но и по многочисленным вариантам выполнения хирургического вмешательства и используемых инструментов.

Современная хирургия катаракты - это преимущественно бесшовная хирургия с малыми самогерметизирующимися операционными разрезами с использованием факоэмульсификатора, лазера, а также мануальная (механическая) хирургия катаракты, заключающаяся в удалении катаракты через самогерметизирующийся тоннельный разрез различной длины в зависимости от методики проводимой операции, с использованием различных постоянно усовершенствующихся инструментов при манипуляциях в передней камере.

Современные технологии ФЭК (торсионное воздействие, различные виды генерации ультразвука и др.) позволяют добиться разрушения плотного вещества ядра хрусталика, но при этом применяется достаточно высокий уровень энергетического воздействия на ткани глаза и повышенные нагрузки на связочный аппарат хруста-

лика. С другой стороны, механические способы разрушения ядра хрусталика при помощи различных приспособлений (чоппер, пинцеты и др.) позволяют добиться разлома ядра на необходимое количество фрагментов и практически не имеют отрицательного воздействия на ткани глаза, нагрузка на связочный аппарат хрусталика тоже минимальна . [5]. При удалении больших ядер (более 8 мм) через разрез 3,5-4 мм, можно травмировать ткани глаза, необходимо держать глубокую переднюю камеру.

Цель. Целью работы является анализ совершенствования без энергетической мануальной хирургии катаракты малым разрезом.

В последние годы ультразвуковая факоэмульсификация стала основным методом хирургии катаракты малым разрезом, особенно в развитых странах. Однако также широкое распространение, особенно в развивающихся странах, получили продвинутые методы мануальной хирургии катаракты малыми разрезами без использования ультразвука, которые могут приводить к быстрому и стабильному восстановлению зрения, сравнимые с результатами после факоэмульсификации (ФЭ). Анализ литературных источников указывает на имеющие место технические сложности и ограничения ФЭ катаракт, обусловленные, главным образом, плотностью ядра хрусталика. Дробление плотного ядра хрусталика приводит к необходимости использования высоких энергетических параметров ультразвука, последние вызывают в последующем структурные повреждения оболочек глаза.

При продвинутой мануальной хирургии катаракты используется относительно малый бесшовный само-адаптирующийся разрез. Мануальная хирургия катаракты приобретает особое значение, так как обеспечивает возможность выполнения всего объема оперативного вмешательства при максимальной сохранности анатомо-физиологических соотношений глазного яблока. Более того, продвинутая мануальная хирургия катаракты малым разрезом имеет много преимуществ над ФЭ например, отсутствие дорогостоящего оборудования и соответственно дешевизна самой операции, а также меньший риск возникновения осложнений при твердых катарактах, легче поддерживать переднюю и заднюю камеры глаза, дает возможность контролировать внутриглазное давление во время операции, упрощает манипуляции при имплантации ИОЛ, не требует наложения шва или его небольшого количества, сокращает время операции.

Поиск новых инструментов привел к использованию металлических хрусталиковых петель во время операции, например, А. Мамозе предложил специальную петлю с помощью которой целое ядро выводится через тоннельный разрез наружу при выполнении экстракапсулярной экстракции катаракты [6]. Иошин И.Э предложил способ, где целое ядро выводится из капсульного мешка петлей, но уже через достаточно большой тоннель 8,5-9,0 мм [4].

Известен способ выведения ядра хрусталика методом "сэндвич" (бутерброд), при котором необходимо иметь хрусталиковую петлю с насечками. После капсулотомии и вывиха ядра хрусталика в переднюю камеру, вводят вископротектор. Затем петлю вводят через тоннель под ядро. а сверху ядра устанавливают специальный шпатель. Далее ядро, зажатое двумя инструментами. выводят из передней камеры [14; 12].

Существует метод удаления ядра хрусталика из передней камеры с помощью ирригационной петли [11]. Этот метод удаления ядра использует комбинацию механической и гидростатической сил. Гидроэкспрессия с помощью ирригационной петли особенно эффективна при мягких катарактах, так как для твердых катаракт необходимо увеличивать размер тоннельного разреза. Увеличение же разреза до 5-6 мм требует наложения дополнительного шва для исключения послеоперационного астигматизма.

В предложенной М. Блюменталем технике "Mini-nuc" для поддержания положительного давления в передней камере производится дополнительный парацентез в роговице на 6 часах условного циферблата для ирригационной канюли. Через тоннельный разрез в переднюю камеру вставляется специальный глайд шириной 3-4 мм, толщиной 0.3 мм, который подводится под ядро хрусталика. Через ирригационную канюлю в переднюю камеру вводится сбалансированный раствор под давлением. В результате ядро хрусталика выходит из склерального тоннеля путем гидроэкспрессии [2]. Однако эта операция возможна при катарактах с небольшими мягкими ядрами.

Для упрощения выведения ядра хрусталика И. Я. Баранов с соавт. [1], предлагают масимально

сместить разрез к роговице, в без сосудистую зону склеры. Вместо круглого капсулорексиса выполняют линейную капсулотомию, чтобы облегчить выведение ядра и защитить эндотелий роговицы. Одноразовой инъекционной иглой через тоннель выполняют линейную капсулотомию. После тщательной гидродиссекции и гидроделианизации под ядро вводится вископротектор к меридиану 6 часов, ядро выводят вископротектором и с помощью канюли, присоединенной к флакону с физиологическим раствором, установленному на высоте приблизительно 50 - 90 см над оперируемым глазом.

Наджем Ф.А., Ботбаев А.А. предложили метод выведения ядра хрусталика из передней камеры через тоннельный разрез с помощью шелковой нити, которая в виде петли с помощью толкателя через операционный разрез вводится в переднюю камеру по направлению к парацентезу на 9 часах, затем с помощью другого толкателя, введенного через парацентез, петлю нити продвигали к противоположному от хирурга краю ядра хрусталика и тем самым накидывали петлю нити на ядро. Все эти манипуляции проводятся под прикрытием вискоэластика. Далее дополнительной ротацией ядра шпателем и одновременным перемещением накинутой на ядро петли нити в сторону, противоположную направлению ротации ядра, петля нити устанавливалась по середине ядра. С помощью тракции за мягкую нить и легкого придавливания шпателем на нижнюю стенку тоннеля, ядро выводится из передней камеры [7].

При использовании факоэмульсификации сложности, возникающие при дроблении плотного ядра, приводят к увеличению времени экспозиции ультразвука в передней камере, что травматично действует на структуры глаза, снижаются защитные свойства вискоэластика. Альтернативой для ФЭ стала тоннельная экстракция катаракты (ТЭЭК) малых разрезов с использованием мануальной факофрагментации различными методами. Эти методы безэнергетического удаления (без ультразвука) ядра хрусталика актуальны в настоящее время, особенно, при экстракции катаракты с плотным ядром.

Метод классической симметричной факобисекции отличается тем, что при его применении ядро разделяют в передней камере на 2 части, используя простой шпатель для радужной оболочки и специальную петлю для ядра, которые поочередно удаляются маневром "сэндвич". [9]. David Mcintyre использовал специальную хрусталиковую ложку и прямой бисектор для разделения ядра на две, три и более частей. Затем части ядра поочередно удаляются маневром "сэндвич" этими же инструментами [13].

Известен способ мануальной хирургии катаракты малым разрезом, заключающийся в формировании тоннельного склерокорнеального разреза, разрушения передней капсулы хрусталика, гидродиссекции, гидроделианизации, вывихе ядра хрусталика в переднюю камеру под защитой вискоэластика. Кроме этого введения в переднюю камеру специального инструмента, который откусывает ? часть ядра, удаления из передней камеры ? и ? частей ядра, ирригации и аспирации хрусталиковых масс, имплантации интраокулярной линзы в заднюю камеру [10]. Преимущество этого способа заключается в отсутствии необходимости глубокого введения инструментов в переднюю камеру. Автор операции производит разрез с длиной тоннеля 2.0 - 2.5 мм и шириной 5.5 - 6.5 мм. При этом отступ от лимба составляет 1.0 -1.5 мм.

Однако известно, что чем дальше отступ от лимба, тем меньше индуцированный послеоперационный астигматизм, и чем больше в целом длина тоннеля, тем лучше самогерметизация разреза. Поэтому многие офтальмохирурги предпочитают делать разрез с длиной тоннеля 3.0 - 5.0 мм, отступя от лимба на 2.0 мм и более. Однако чтобы вывести из передней камеры ? части ядра через разрез с такой длиной тоннеля необходимо увеличить ширину разреза, что будет делать операцию травматичной, с уменьшенной степенью самогерметизации и увеличенным индуцированным послеоперационным астигматизмом. Также данный метод не эффективен при хирургии больших плотных катаракт.

Ботбаев А.А. предложил метод асимметричной факобисекции, который проводится с помощью специального инструмента - изогнутого факобисектора и хрусталиковой петли [3]. После вывиха ядра хрусталика в переднюю камеру пространство вокруг ядра заполняется вискоэластиком. Затем в переднюю камеру вводится рабочая часть инструмента для фрагментации ядра хрусталика и устанавливается над ядром. Далее под ядро вводится металлическая петля.

Затем при помощи контрдействий изогнутого инструмента и петли производится разделение ядра на меньшую и большую части, которые удаляются через малый разрез. Меньшая часть составляет 1/3 ядра, а большая часть - 2/3 ядра. Преимущество данного способа по сравнению с выше описанным способом, предложенным доктором J. Akura в том, что при разделении ядра получаются две несимметричные части, при этом большая часть составляет 2/3 ядра, что облегчает его выведение через самоадаптирующийся тоннельный разрез, не требуя дополнительного расширения разреза, что делает операцию менее травматичной с уменьшением риска возникновения операционных и послеоперационных осложнений.

Метод асимметричной факобисекции эффективен как при мягких, так и при больших твердых катарактах. В отличие от классической симметричной факобисекции этот метод позволяет вводить инструмент в переднюю камеру неглубоко - лишь до середины ядра, что делает метод легким и безопасным в исполнении. P. Kansas [17] делает мануальный разрез ядра хрусталика на три части и выводит их через малый операционный разрез. При этой операции используются специальные инструменты: нуклеотом, представляющий собой треугольный рассекатель, и жесткий шпателеобразный инструмент, являющийся своего рода платформой для упора нуклеотома при рассечении ядра хрусталика. I.F. Hepsen, A.L. Small [16], анализируя методику P. Kansas, считают, что для указанного оперативного вмешательства необходим дорогостоящий, плотный вискоэластик, поскольку в результате больших манипуляций в камерах глаза может произойти разрыв задней капсулы хрусталика и осложнится дальнейшее течение хода операции.

Тахчиди Х.П., Шиловских О. В. разработали способ экстракции катаракты через малый тоннельный разрез, состоящий в удалении катаракты через склеральный тоннельный разрез до 5,5 мм без швов [8].

Операция состоит в формировании склерального или склерально-роговичного тоннеля длиной в зависимости от модели имплантируемой интраокулярной линзы (ИОЛ), кругового капсулорексиса, гидродиссекции ядра, механической фрагментации ядра на части с последующим их выведением наружу и удалением хрусталиковых масс. Механическую фрагментацию осуществляют в задней камере маневром "разборка пирамиды". Для этого, согласно предложенному второму варианту, с помощью вископротектора поворачивают ядро экваториальной плоскостью на 45 градусов вокруг оси, проходящей через 6-12 часов, и, используя пинцет, бранши которого выполняют работу в плоскости, перпендикулярной экваториальной плоскости ядра, последовательно, начиная с верхушки, скусывают и выводят наружу фрагменты ядра. При этом после удаления очередного фрагмента под остаток ядра вводят порцию вископротектора.

Данный способ имеет ряд недостатков при фрагментации ядер диаметром более 5 мм, так как увеличивается риск повреждения задней капсулы и эндотелия роговицы. Согласно описанной методике "разборка пирамиды" разлом ядра на одном из этапов операции всегда производится через центр - его наиболее толстую и плотную часть, что требует приложения больших усилий для фрагментации твердых ядер. Кроме того, зубчики пинцета могут "вязнуть" и "залипать" в толще ядра в сомкнутом положении, что требует дополнительного введения инструмента (шпателя) в переднюю камеру для освобождения пинцета от вещества хрусталика.

При фрагментации твердых ядер могут возникать другие нежелательные последствия в момент непосредственного смыкания браншей пинцета: разворот ядра из положения под углом 450 в положение 900, фрагмент ядра может "выстреливать" по направлению к роговице - все это также опасно для эндотелия. Кроме того, постоянное введение вископрепарата в капсульный мешок для поднятия ядра создает избыточное давление в задней камере. При величине разреза 5,5 мм передняя камера в момент введения инструмента всегда частично опорожняется от вискоэластика, и эндотелий роговицы может быть травмирован либо пинцетом, либо экватором ядра, учитывая размеры последнего.

Тахчиди утверждает, что менее травматичный результат может быть достигнут, если в маневре "разборка пирамид" в качестве инструмента использовать два шпателя (правый и левый), имеющих заточку одной боковой стороны и округлого дистального конца, которые вводят в переднюю камеру через парацентезы, выполненные в районе 1.30 и 10.30 часов, при этом режущи-

ми сторонами они повернуты друг к другу, и, продвигая вперед, одномоментно вонзают дистальными концами в ядро с двух сторон от экватора на расстоянии 1/2-1/3 длины выставленного сегмента ядра. Затем начинают сводить дистальные концы шпателей кратчайшим путем до стыковки, а далее один шпатель выполняет роль неподвижной фиксирующей подложки, а другой - режущего инструмента, который, скользя по подложке, от ее дистального конца, дорезает часть ядра, расположенную между шпателями. При этом весь сегмент срезают за один или несколько подходов. Поворачивают ядро, выставляя в капсулорексисе следующий сегмент, и действия повторяют.

F.J. Gutierrez-Carmona предложил метод мультифакофрагментации с помощью специального нуклеотома и специального шпателя [15]. Однако при этой методике необходимо слишком много раз вводить инструменты в переднюю камеру для фрагментации ядра хрусталика, что чревато осложнениями.

Таким образом, поиск не дорогих, без энергетических, доступных и в то же время эффективных способов бесшовной мануальной хирургии катаракты малым разрезом является актуальным.

В заключении отметим, что совершенствование тоннельной экстракапсулярной катаракты в настоящее время идет в двух направлениях:

- внедрение энергетических технологий (ультразвуковая факоэмульсификация, лазерная экстракция катаракты) с применением дорогостоящей аппаратуры;

- дальнейшее совершенствование без энергетической мануальной хирургии катаракты малым разрезом, которые фактически являются альтернативой дорогостоящих технологий в развивающихся странах.

Вывод. На сегодняшний день является актуальной проблема поиска новых, безопасных и эффективных, без энергетических методов удаления катаракт.

Литература

1. Баранов И.Я., Балашова Т.В., Дятлов В.Н. Техника упрощенной модификации тоннельной экстракции катаракты. - Евро-Азиатская конф. По офтальмохирургии 1-я. - Екатеринбург, 1999. - С. 32),

2. Блюменталь М., Е. Ассия, И. Моисеев. "Мануальная экстракапсулярная экстракция катаракты". Жур. "Офтальмохирургия", № 4, 1995, С. 59 - 62).

3. Ботбаев А.А. Хирургия катаракты малыми разрезами // Материалы второй Центрально-Азиатской конференции по офтальмологии "Иссык-Куль, 29-30 июня 2007 года" - С. 70 - 71.

4. Иошин И.Э. и соавт. "Тоннельная экстракция катаракты при перезревании и подвывихе хрусталика" // Новое в офтальмологии, - 2000. - 2 - С. 33-34).

5. Иошин И.Э., Виговский А.В., Арутюнян И.А. и др. "Метод сегментарного разлома ядра при факоэмульсификации катаракты" ". Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии. Москва 2005 с. 123-12

6. Момозе А. "Бесшовный малый разрез при экстракапсулярной экстракции катаракты без применения факоэмульсификации" // Офтальмохирургия, - 1995. - 4. - С. 54-58

7. Наджем Ф.А., Ботбаев А.А. Туннельная экстракция катаракты с новым методом выведения ядра хрусталика. Бишкек, Вестник КРСУ, т. 3, 2003).

8. Тахчиди Х.П., Шиловских О. В. "Способ экстракции катаракты через малый тоннельный разрез (варианты). // Патент Российской Федерации 2157677. - Вариант 2. - Бюл. 29. - 2000].

9. Феличе Миранти и соавт. "Упрощенная мануальная факобисекция - альтернатива факоэмульсификации" // Офтальмохирургия. - 1998. - 2. - С. 18-25).

10. Akura J., MD, S. Kaneda, MD, M. Ishihara, MD, K. Matsuura, MD. Quarters extraction technique for manual phacofragmentation / Journal of Cataract Refractive surgery, 2000, volume 26, Number 9.

11. Aravind Srinivasan. Nucleus management with irrigating vectis. - Indian Journal of Ophthalmology: 2009, 57:19 - 21)

12. Buratto L. Хирургия катаракты. Переход от экстракапсулярной экстракции катаракты к факоэмульсификации. - Fabiano Editore, 1999. - С. 41 - 105).

13. David Mcintyre, Chapter 21: "Phacosection", F.J. Gutierrez-Carmona, "Phaco without the phaco", 2005 - С. 255 - 267).

14. Fry L.T. The phacosandwiche technique. - Rozakis G. M. Et al. Cataract surgery. Alternative small incision techniques. - Thorofare: Slack Inc., 1990. - P. 72 - 100)

15. Gutierrez-Carmona F.J.. Manual multiphacofragmentation through a 3.2 mm clear corneal incision // J Cataract Refract Surgery 2000; 26:1523-1528.

16. Hepsen I.F., Cekic O., Bayramlar H., Totan Y.Small incision extracapsular cataract surgery with manual phacotrisection // J. Cataract Refract. Surg. - 2000. - Vol.26.- №7. - P.1048 - 1051.

17. Kansas P.G. Phacofracture. Cataract Surgery// Alternative small incision cataract techniques. - Thfofare: Slak. Inc., 1990. - P. 45 - 69).

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСТВАЗОЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ПРЕВЕНТИВНОЙ ВАЗОРЕЗЕКЦИИ

Насыров Н.Р.
Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Резюме: В статье дана характеристика патоморфологических изменений в яичке, где проводилась вазорезекция, а результаты были сравнены с другой части семенника (яичко), где не проводилось вазорезекция. Экспериментальные животные составили собаки-самцы в возрасте 8-10 лет количестве 6.
Ключевые слова: Семенник (яичко), клетки Лейдига и Сертоли, межуточная ткань, гемодинамические расстройства, базальная мембрана.

Корутунду: Статьяда - вазорезекция жүргүзүлгөн жумурткадагы патоморфологиялык өзгөрүлөрдүн мүнөздөмөсү берилген, анын жыйынтыктары вазорезекция жүргүзүлбөгөн жумуртка менен салыштырылган. Эксперементалдык айбанаттарды, жашы 8 - 10 жылдык 6-эркек иттер түзгөн.
Өзөктүү сөздөр: Жумуртка, Лейдига жана Сертоли клеткалары, ортолук ткань, гемодинамикалык бузулуштар, базалдык мембрана.

Resume: In this article presented patomorfological changes in the testis, after vaspresection, results was compared with second testis without vasoresection. Experimental animals dogs males in the age 8 - 10 years.
Keywords: Testis, Leidig cells, Certoli cells, gemodinamic disorders, bazal membrane.

Введение. Среди урологов существует убежденность в необходимости вазорезекции для профилактики острого эпидидимита после аденомэктомии и ТУР [2,3,5]. Несомненно, вазорезекция нарушает репродуктивную функцию мужчины, однако к вопросу о влиянии вазорезекции на копулятивную функцию мужчин пожилого возраста существуют противоречивые мнения [1,4,6].

Считается, что превентивная вазорезекция, выполненная во время аденомэктомии, несомненно, способствует нарушению копулятивной функции, а в отдаленные сроки может вызвать боли и локальные патологические изменения в области яичка и придатка.

Обструктивные факторы в семенных путях угнетают нормальную функцию сперматогенеза и конечно мы попытались решить задачу, не может ли отрицательно сказаться применение перевязки семенного протока на гонадную функцию яичка на стороне, а если да, то пересмотреть взгляды о целесообразности использования в клинической практике вазорезекции при открытой аденомэктомии.

Таким образом, нам нужна была экспериментальная модель оценки состояния семенников с сохранением естественных структурных соотношений половых желез, что позволяет проследить патоморфологические процессы в яичке, где проводилась вазорезекция, а результаты были сравнены с другим яичком, где не проводилась вазорезекция.

Материал и методы исследования. Экспериментальные животные составили собаки-самцы в возрасте 8-10 лет количестве 6, которым под эфирным наркозом произведены односторонняя перевязка семявыносящего протока капроном №3/0.

Животные находились в обычных условиях и на одинаковом питании.

Все животные забивались на 14-й и на 30-й день после эксперимента.

Семенники для гистологических исследований фиксировались в 10% нейтральном формалине и жидкости Буена. Производилась заливка в парафин и для исследования замороженных срезов - в желатин. Парафиновые срезы толщиной 4-5 микронов окрашивались гематоксилин-

эозином, на ДНК по Фельгену, Шифф-реактивом, на мукополисахариды по Хочкиссу, метиленовым зеленым и пиронином по Браше, на РНК, замороженные срезы готовились толщиной 8-10 микронов и окрашивались смесью судан I-IV.

Результаты и обсуждение. В той части, где не проводилась вазорезекция, макроскопически яички были овальной формы с определенной упругостью. При микроскопическом исследовании гистологических препаратов ткани яичек, окрашенных гематоксилин-эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону, семенные канальцы представлены в основном поперечными срезами и более или менее плотно прилежат друг к другу. Базальная мембрана тонкая, имеет округлые очертания, усиление функциональной активности клеток Лейдига и Сертоли, активная элиминация из сперматогеного эпителия поврежденных половых клеток и усиление сперматогенеза (рис.).

При обработке Шифф-реактивом по Мак Манусу базальная мембрана семенных канальцев и фиброзная оболочка семенника дает слабо выраженную положительную реакцию. В небольших промежутках между семенными канальцами наблюдается наличие клеток различных размеров, которые расположены в виде небольших скоплений или лежат изолированно в основном около сосудов. Сосуды ткани яичек умеренно полнокровны.

Базальная мембрана тонкая, имеет округлые очертания (рис.1).

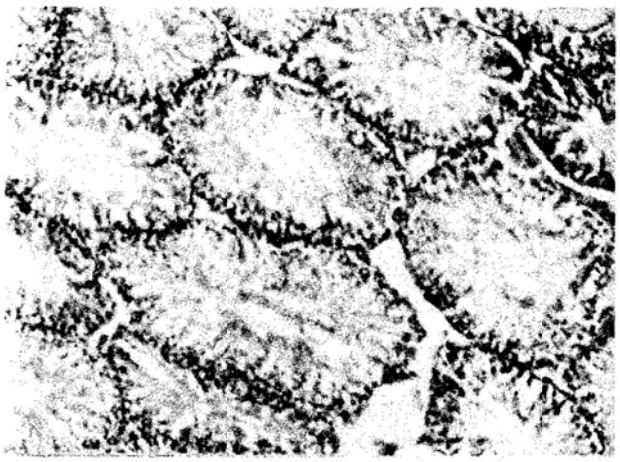


Рис. 1.
Гистологическая картина: ткань яичек на стороне без вазорезекций. Окр. гематоксилином-эозином (Г.Э.). Ув. х 400

У животных, забитых через 14 дней на стороне вазорезекции получены следующие данные: макроскопический вес семенников оказался приблизительно одинаковым у животных, разница между ними была в пределах случайной ошибки. При визуальном осмотре семенников особых изменений не отмечалось, но на экспериментальной стороне семенники были более мягкой консистенции, полнокровны и цианотичны. В одном случае имели место семенные кисты, расположенные в области придатка яичка и гранулема в эпидидимальной части семявыносящего протока.

Структура органа во всех случаях сохранена, однако в отличие от здоровой части семенников имелись отклонения, касающиеся прежде всего, микроциркуляторного русла (рис.2). Отмечалось застойное полнокровие капилляров и артериол, сопровождающиеся своеобразным изменением эндотелия. Последние чаще были набухшие, часть из них расположены частоколом, отдельные эндотелиальные клетки слущены в просвет сосудов. По-видимому, имеет место повышение проницаемости микроциркуляторного русла, так как в межуточной ткани выраженный отек.

Рис. 2. 14-й день после вазорезекции. Картина семенника собаки.
*Окраска гемотоксилин эозином. Увеличение 180**
Отек межуточной ткани, во многих канальцах - клеточные обломки, в отдельных канальцах отсутствуют зрелые формы половых клеток.

На фоне отека межуточной ткани, дискомплексация клеток Лейдига, утолщение сосудис-

той стенки, стаз, в одном из канальцев повреждения сперматогенного эпителия. Во всех наблюдениях данной группы в семенниках собак выявлены выраженные гемодинамические расстройства в виде резкого кровенаполнения на микроциркуляторном уровне, доходящее местами до стаза.

На 30 сутки в семеннике на стороне вазорезекции получены следующие данные, касающиеся прежде всего микроциркуляторного русла. Отмечается застойное полнокровие капилляров и артериол, сопровождающиеся своеобразным изменением эндотелия (рис.3).

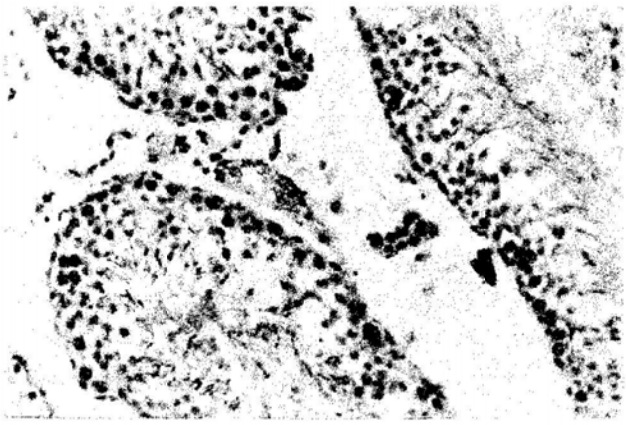


Рис 3. 30 день после вазорезекции. Картина семенника собаки.
*Окраска гемотоксилин-эозином. Увеличение 140**
Выраженный отек межуточной ткани, дискомплексация клеток Лейдига, утолщение сосудистой стенки, стаз, в часть канальцев повреждения сперматогенного эпителия.

Эндотелий сосудов набухший, слущивается в просвет, часть эндотелиальных клеток со светлой цитоплазмой, расположены частоколом. Сосудистая стенка утолщена, местами гомогенизирована, пропитано ШИК - положительными гранулами. Отечность стромы семенников имеет место во всех случаях. Межуточные клетки разобщены отечной жидкостью, большей частью представлены средними и мелкими клетками Лейдига. Число крупных клеток Лейдига значительно уменьшено. Жировых включений в большей части клеток Лейдига нет, что говорит об их функциональной не - или малоактивности. Крупные клетки Лейдига так же содержат незначительное количество жировых включений.

Значительные изменения отмечается и со стороны семенных канальцев. Они разной толщины, одни растянуты, другие малоизменены. В просвете растянутых канальцев белковая жидкость со множеством клеточных обломков, среди которых и зрелые сперматозоиды. В этих же канальцах отмечаются значительные дегенеративные изменения сперматогенного эпителия, где отсутствуют зрелые клетки, а эпителий представлен лишь молодыми формами - сперматидами, в участках сперматогенного эпителия изменены и клетки Сертоли -их цитоплазма с множеством вакуолей и с большим содержанием жировых включений.

Местами имеются "пустые" канальцы, где сперматогенный эпителий представлен лишь клетками Сертоли. Такие канальцы истонченные, в просвете их нет даже жидкого содержимого. Определенные изменения обнаружены так же в базальной мембране семенных канальцев. которые не равномерно утолщены, иногда - гомогенные.

Выводы: Таким образом, на 14 и 30-е сутки после вазрезекции в семенниках обнаружены значительные изменения деструктивного характера. Наиболее выраженными являются гемодинамические нарушения, которые и определяют. по-видимому, дальнейшие изменения со стороны гормоно- продуцирующих клеток и сперматогенного эпителия; нельзя исключить значения и прямого повреждающего действия вазорезекции. Судя по морфологическим изменениям. сперматогенный эпителий является более чувствительным к изменению, чем гормонопродуцирующие клетки, так как изменения в них выражены значительнее, чем в клетках Лейдига. Допустимо предположение, что повреждение сперматогенного эпителия связано как косвенным воздействием вазорезекции, так и гипоксией, обусловленной отеком интерстиция. Логичным было бы предположение, что уровень андрогенов так же понижается, однако мы не проводили определение уровня тестостерона у экспериментальных животных.

В патогенезе "поствазэктомического синдрома", на наш взгляд, решающую роль играет нарушение пассажа сперматозоидов вследствие блокады семенных путей, что в свою очередь неблагоприятно отражается на гонадной функции яичка вследствие повреждения гормонопроду-

цирующией клетки.

Полученные патоморфологические данные позволяет сделать вывод, что больным с сохраненной до операции копулятивной функцией нежелательна превентивная вазорезекция, приводящая к сексуальным нарушениям у оперированных больных.

Литература

1. Аль-Шукри С.Х., Корнеев И.А. Сексуальная функция у мужчин с сопутствующими урологическими заболеваниями // Урология - 2005. - №3. - С. 18-21.

2. Базаев В.В. Пути улучшения результатов лечения больных аденомой предстательной железы: Автореф. дис. ... докт.мед.наук: 14.00.40.- М., 1992. - 41 с.

3. Гориловский Л.М. Заболевания предстательной железы в пожилом возрасте. - М.: Медицина, 1999.- 120 с.

4. Горюнов В.Г., Давыдов М.И. Сексуальная реадаптация после оперативного лечения доброкачественной гиперплазии простаты // Урология. - 1997.- №1.- С 20-24.

5. Камалов А.А., Гущин Б.Л., Дорофеев С.Д. Современные аспекты оперативного лечения доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Урология. - 2004.- №1.- С. 30-34.

6. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. Современный алгоритм обследования и лечения больных аденомой предстательной железы // Урология. - 2007. - №3. - С. 87-94.

ХАРАКТЕР СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Насыров Н.

Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Резюме: В статье даны структурные анализы 97 больных с различной степенью выраженности сексуальных расстройств у больных с ДГПЖ, на основе изучения гонадной функции.
Ключевые слова: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, сексуальные расстройства, тестостерон.

Корутунду: Статьяда - 97 бейтапка гонаддык функциянын негизинде, эркек жыныс безинин гиперплазиясы бар, ар кандай даражадагы сексуалдык бузулуштарына, структуралык аныктамалар бериглен.
Өзөктүү сөздөр: Эркек жыныс безинин гиперплазиясы, сексуалдык бузулуштар, тестостерон.

Resume: In this article presented data of structural analyses of 97 patients with BPH with different expression of sexual disorders, research was based on gonade function.
Keywords: BPH (bening prostate hypertrophy), sexual disorders testosterone.

Введение. В лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) большинство урологов акцентируют внимание на улучшении или восстановлении акта мочеиспускания, не учитывая, что сексуальные нарушения до и после операции могут прогрессировать, тем самым причиняя серьезное психоэмоциональное напряжение больным [1,3].

Анализ литературных данных показал, что во многих работах лишь констатируется только сам факт наличия копулятивной дисфункции при ДГПЖ, но структурный анализ копулятивной дисфункции и его коррелятивная связь с возрастным дефицитом андрогенов отсутствует, что делает невозможным дифференцированный подход в лечении различных форм этого осложнения [2,4].

Поэтому весьма актуальными являются поиск и применение информативных методов диагностики и терапии подобного страдания, направленное на улучшение результата лечения. Эти обстоятельства и явились основанием выполнения данного исследования.

Цель работы. Провести структурный анализ

сексуальной дисфункции у больных с ДГПЖ и ее коррелятивную связь с возрастным дефицитом андрогенов.

Материал и методы исследования. Проведен структурный анализ 97 больных с различной степенью выраженности сексуальных расстройств с ДГПЖ. Возраст больных в среднем колебался около 58,6+4,4 года. При этом ДГПЖ 1 стадии страдали - 46 (47,4%) больных, а 2 стадии составляли - 51 (52,6%) пациентов.

Все больные заполняли опросник - Международный индекс эректильной дисфункции (МИЭФ), сексуальной формулы мужчин (СФМ), даны оценки характера половой конституции (ХПК), генотипический индекс половой конституции (Kr) и трохантерный индекс половой конституции.

Результаты и обсуждение. В связи с этим, больные с копулятивными дисфункциями рассмотрены нами в зависимости от срока их проявления в послеоперационном периоде (табл.1).

Первую возрастную группу составили лица от 50 до 55 лет - 17,5% и их обращаемость была связана с развитием синдрома ожидания потери половой функции, связанной с установлением диагноза ДГПЖ, и в этой группе отмечалась низкая обращаемость в сравнении с другими группами. Вторая группа - возраст от 56 до 60 лет - 32,0%, соответствующая периоду снижения сексуальной активности половых партнеров. любая неудача при половой жизни у мужчин проявлялась яркой психо-эмоциональной реакцией, которая усугублялась недовольством со стороны половых партнерш. Обращаемость за медицинской помощью в основном в связи с прогрессированием сексуальной дисфункции. Третью группу составили лица в возрасте от 61 до 65 лет, соответствующие периоду сексуальной дисгармонии. В этой группе больных отмечена высокая обращаемость за медицинской помощью (50,5%).

Таблица 1

Сроки клинических проявлений копулятивной дисфункции у больных, ДГПЖ (n-97)

Сроки	Абс. число	%
от 6 мес-до 1 года	4	4,1
от 1 до 3 лет	12	12,5
от 4 до 6 лет	21	21,6
от 7 до 9 лет	43	44,3
более 10 лет	17	17,5
Всего	97	100,0

Представляло интерес выяснение жалоб больных с копулятивной дисфункцией при ДГПЖ, и они рассмотрены нами в зависимости от их характера (табл.2).

Таблица 2

Характер семиотики копулятивной дисфункции у больных ДГПЖ (n-97)

Изучение сексологических жалоб и анамнеза больных показали, что у 27,8% пациентов имелись жалобы на расстройство потенции, которое в свою очередь проявлялось вялостью или отсутствием адекватной эрекции (39,2%), ускоренным семяизвержением (20,6%) и слабостью разрядки полового напряжения (оргазма) - у 12,4%, что свидетельствовало о возникновении различного варианта и клинического проявления сексологических нарушений у больных, перенесших операции по поводу стриктуры уретры, вследствие воспалительного процесса в предстательной железе и семенного пузырька.

Наряду с этим, нами был подвергнут анализу характер половой конституции, трохантерный и генотипический индексы в зависимости от тяжести сексуального расстройства (табл. 3).

Таблица 3

Характер половой конституции, трохантерного и генотипического индекса у больных с ДГПЖ (n-97)

Показатели	Степень сексуальных нарушений легкий M1+m1	 средний M2+m2	 тяжелый M3+m3
Характер половой конституции (ХПК)	Средний	ослабленный средний	слабый средний
Генотипический индекс половой конституции (Kr)	5,2±0,3	4,5±0,7	3,8±0,2
	M1-M2>0,05	M2-M3<0,05	
Трохантерный индекс половой конституции	1,8±0,6	1,9±0,2	2,3±0,8
	M1±M2>0,05	M1±M3>0,05	
Всего	17	51	29

У большинства больных средней выраженности сексуального расстройства - 51 (52,6%) отмечен ослабленный вариант средней половой конституции (генотипический индекс Kr = 4,5+0,8), с тяжелой степени - 29 (29,9%) слабой половой конституции (генотипический индекс Kr = 4,0+1,2), а легкой степени полового расстройства (17,5%) соответствовал средней половой конституции и Kr колебался в пределах нормы (5,2+0,6). При сопоставлении показателей в легкой и тяжелой степени отмечены достоверные различия (p<0,05). Средняя величина трохантерного индекса колебалась в пределах нормы и различия его между тяжести полового расстройства были не достоверны (p>0,05).

Нам предоставлялось также важным выяснить характер и тяжесть сексуальных расстройств у обследуемой нами группы больных, полученные результаты структурного анализа половых расстройств представлены в таблице 4.

Таблица 4

Структурный анализ половых расстройств у больных с ДГПЖ (n- 97)

Характер нарушений Копулятивного цикла	Всего больных Абс.число	%
Нейрогуморальная	31	31,9
Психическая	27	27,8
Эрекционная	25	25,8
Эякуляторная	9	9,3
Сочетанная	5	5,2
Всего	97	100,0

Нейрогуморальная форма нарушений составила 31,9 %. Она характеризовалась эмоциональной подавленностью, нарушением потенции, проявляющейся в слабости полового влечения, вялости и отсутствием адекватной реакции перед половым актом, его укорочении, редкостью и слабостью. Данная форма сексуальных нарушений характеризовалась снижением содержанием тестостерона в организме. Наряду с андрогенной недостаточностью у этих больных отмечено снижение уровня половой активности (91,96+0,33) и полового темперамента (2,28+0,27).

Показатели исследований СФМ у больных указывали на их снижение: I (1,5 баллов), II (2,8 баллов), V (1,8 баллов), IX (1,7 баллов).

Клинически это проявлялось снижением либидо, половой предприимчивости, частоты половых актов, что характерно для нейрогуморальных нарушений. Данному виду изменений была характерна андрогенная недостаточность организма у обследуемых, о чем свидетельствуют полученные результаты исследований уровня тестостерона в сыворотке крови у больных.

Психическая форма составила 27,8%, которая характеризовалась расстройством потенции, проявляющейся угнетенным состоянием перед половым актом (т.е. страх неудачи), слабостью эрекции, слабостью разрядки половых напряжений (оргазма) и психострессовой реакцией половой партнерши на половой акт. При психической копулятивной дисфункции отмечалась связь между уровнем половой активности и полового темперамента.

При данной форме копулятивной дисфункции снижения температуры (35,3+0,8 С) и тонометрических данных (23,4+0,57 мм рт.ст.) полового члена не отмечено, но наблюдалось снижение следующих показателей СФМ: II (1,7 баллов), III (2,5 баллов), V (2,7 баллов), VIII (1,8 баллов), IX (1,5 баллов), особенно II и VIII показателей. Клинически это состояние характеризовалось различной выраженности симптомом ожидания половой неудачи, которое прежде всего зависело от возраста больных. Так, для мужчин от 50 до 60 лет это состояние сопровождалось выраженной психомоторной реакцией половых партнерш с последующим развитием угнетенно-депрессивного состояния перед половым актом.

Эрекционная форма нарушений (25,8%) характеризовалась угнетением потенции, коротким половым актом, вялостью эрекции, нарушением оргазма, следовательно, сопровождалось конфликтами между половыми партнерами.

При расстройствах эрекционной составляющей показатель Кг соответствовал норме (4,28+0,61), но отмечено снижение уровня половой активности Ка и средний ее показатель составил 2,85+0,35.

При этом наблюдалось снижение шкалы СФМ: II (2,5 баллов), V (1,6 баллов), VI (2,2 баллов), VIII (2 баллов), IX (1,6 баллов), особенно отмечено снижение показателей V, VIII, IX шкал.

Названная дисфункция встречалась у пациентов в возрасте старше 60 лет, при длительности заболевания более 10 лет.

Эякуляторная форма нарушений (9,3%) проявлялась снижением потенции и количества эякулята, ускорением семяизвержения и оргазма, вследствие чего частыми конфликтами на почве сексуального нарушения у половых партнерш.

Причиной нарушения эякуляторной функции является снижение функции репродуктивных желез, связанной с возрастным снижением тестостерона в организме больных.

Показатели Кг и Ка у них существенно не изменялись и составили соответственно 4,56+0,32 и 4,2+0,4. Средние показатели топометрических и термометрических исследований составили соответственно (19,7+0,3 мм рт.ст) и (22,7+0,2 С). При этом отмечено снижение показателей СФМ: II (2 балла), VI (2 балла),VII (2,1 баллов). IX (2,2 баллов), особенно VI, VII и IX шкал.

У 5,2% пациентов отмечено сочетание психической и эрекционной дисфункций, которое клинически проявлялось снижением потенции, страхом перед коитусом, коротким половым актом и оргазмом.

При этом показатель полового темперамента был в пределах нормы (4,25+8,61), а уровень половой активности был значительно понижен (2,87+0,35). Следует отметить, что при сочетанной психической и эрекционной форме, клинически заболевание проявлялось выраженным нарушением копулятивной дисфункции и об этом свидетельствовали показатели тонометрии - 17,9+0,3 мм рт.ст. и термометрии полового члена - 21,3+0,2 С.

Показатели СФМ составили: II (1,6), V (2,2),

VIII (1,8), IX (1,9), особенно показатели шкал II, VIII, IX.

Данная форма нарушений преобладала у лиц в возрасте от 55 до 60 лет при давности заболевания от 5 месяцев до 7 лет.

Таким образом, нарушение копулятивной функции у больных ДГПЖ связано со снижением функциональной активности репродуктивных желез, вследствие нарушения гемодинамики в малом тазу и половых органах, а также возникновением возрастного гормонального дисбаланса в организме.

Литература

1. Абдуллаев К.И. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. - Баку, 2005.- 212 с.

2. Бырко И.А., Кузьменко В.В., Семенов Б.В. Современная диагностика и лечение при ДГПЖ // Матер. 3-й Всероссийской конференции.- М., 2006.- С. 97-98.

3. Гомберг В.Г., Надь Ю.Т., Пархомчук Н.А. Повышение качества жизни и профилактика осложнений у пожилых мужчин, страдающих доброкачественной гиперплазией простаты // Матер. 3-й Всероссийской конференции.- М, 2006.- С. 102-103.

4. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. - М., 1999. - 216 с.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ МЕЖТЕЛОВОГО СПОНДИЛОДЕЗА СПОСОБОМ "КЛИН-ШИНА" ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ФОРМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА ПО ИНДЕКСУ ОСВЕСТРИ И ВАШ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ.

Нурматов У. К.

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии (Директор - член корр. НАН КР, д.м.н., проф. Джумабеков С.А.).

Кыргызстан, г. Бишкек ул. Кривоносова 206.

Резюме: В данной работе проведена оценка результатов межтелового спондилодеза способом "клин-шина" 105 больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника по индексу Освестри и ВАШ за период 2006 - 2009гг. в отделении патологии позвоночника БНИЦТиО. Межтелевой спондилодез способом "клин-шина" дает высокие показатели регресса болевого синдрома и низкий процент нарушения дееспособности пациентов.

Ключевые слова: остеохондроз, нестабильность, аутотрансплантат.

Корутунду: төмөнкү иште "клин-шина" ыкмасы менен 2006 - 2009жж. операция болгон 105 омуртка тутумунун остеохондрозу менен орууган оруулулардын индекс Освестр жана ВАШ боюнча салыштырмалуу баа берилген. Спондилодез "клин-шина" ыкмасы менен оруу синдромун жокорку көрсөткүч менен жойуп жана жашоо сапатын жакшыртат.

ESTIMATION OF RESULTS FORWARD CORPORODEZ IN THE WAY "WEDGE-TYRE" AT ASTABLE FORMS OF A LUMBAR OSTEOCHONDROSIS ON INDEX OSWESTRY AND VAS IN COMPARATIVE ASPECT.

Nurmatov Ulan Kenjebaevich

The Bishkek research center of traumatology and orthopedy (director-prof. Djumabekov S.A.)

Kyrgyzstan, Bishkek, street Krivonosova 206.

The resume: In the given job the estimation of results forward corporodez by way "wedge-tyre" of 105 patients with degenerate diseases of a backbone on index Oswestry and VAS during 2006 - 2009y is spent. In branch of a pathology of backbone BSRCTaO. Forward corporodez in the way "wedge-tyre" gives high indicators of recourse of a painful syndrome and the low interest of infringement of capacity of patients.

Key words: osteochondrosis, instability, ansplantat.

Введение. Наиболее актуальной проблемой современной вертебрологии является выбор методов лечения дегенеративно-дистрофической патологии позвоночника. Данная проблема состоит в том, что эту патологию в равной степени лечат нейроортопеды и нейрохирурги, вертеброневрологи и мануологи и т.д., при этом каждый имеет свои взгляды на тактику и стратегию лечения этих пациентов [1].

Хирургическое лечение дегенеративных заболеваний позвоночника - одна из сложных проблем хирургии, травматологии и ортопедии, нейрохирургии, и весьма далекая от своего окончательного решения.

Поиск адекватных методов лечения дегенеративных заболеваний позвоночника далек от завершения, так как не до конца выделен спектр показаний и существуют определенные разногласия в технике оперативного пособия [2,5].

Межтеловой спондилодез является одним из наиболее распространенных способов стабилизации позвоночника. На протяжении многих лет материалом, используемым с пластической целью при выполнении спондилодеза, остается аутокость. При дегенеративных заболеваниях предпочтение следует отдавать аутокости, взятой во время операции. Аутокость является лучшим стимулятором остеогенеза [1,3,6].

Клинические проявления при дегенеративных поражениях позвоночника обусловлены двумя основными факторами: дегенеративной нестабильностью и компрессией спинномозговых нервов. С первым фактором связаны ортопедические нарушения, со вторым - неврологические выявление которых имеет немаловажное значение не только в дианогостике, но и тактике лечения[4,5].

Цель исследования - оценить эффективность межтелового спондилодеза способом "клин-шина" при нестабильных формах поясничного остеохондроза по индексу Освестри (Oswestry Disability Index) и ВАШ в сравнении с традиционным межтелевым спондилодезом

Материал и методы: Материалом для настоящего исследования послужила оценка результатов хирургического лечения в сравнительном аспекте между передним межтелевым корпородезом с аутотрансплантатом 55 (52,4%) больных и передним корпородезом способом "клин-шина" 50 (47,6%) больных.

Для оценки интенсивности болевого синдрома использовали 10-балльную визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), где интенсивность боли оценивали по 10 пунктам от "0" (нет боли) до "10" (невыносимая боль), а для оценки нарушений функциональной активности пациентов производили при помощи индекса Освестри по шкале от 0 до 100 %. При индексе от 0 до 20 % нарушения функциональной активности оценивают как минимальные, от 20 до 40 % - как умеренные, от 40 до 60 % - как серьезные, от 60 до 80 % - как инвалидизирующие и от 80 до 100 % - как приковывающие к постели. Результаты хирургического лечения оценивали через 8 дней. 6 и 12 мес. после операции.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования выявили различия в динамике регресса болевого синдрома по ВАШ и индекса Освестри после традиционных межтелевых корпородезов с аутотрансплантатом (I - группа) и межтелевым спондилодезом способом "клин-шина" (II - группа).

Результаты регресса болевого синдрома в двух сравниваемых группах до и после оперативных вмешательств

I - традиционный межтелевой корпородез с аутотрансплантатом -55 больных;
II - межтелевой корпородез способом "клин-шина" - 50 больных

Показатель интенсивности боли составлял до операции в I - группе в среднем 6,6 (±1,2) и в указанные сроки наблюдения - 1,8 (±0,80), а во II группе до операции - 6,8 (±1,1) и в указанные сроки наблюдения - 1,1(±0,85).

Перед операцией индекс Освестри в I группе составлял в среднем 56,2 % (от 22 до 86 %) и в указанные сроки наблюдения - в среднем 26,4% (от 16 до 40 %), а во второй группе до операции - 58,4% (от 24 до 88%), и в указанные сроки наблюдения - 22,6% (от 12 до 40%). Многие из оперированных пациентов уже через 4-6 мес. после операции начинали вести привычный для себя активный образ жизни, включая дальние поездки на автомобиле.

Вывод: Проведя анализ регресса болевого синдрома и индекса Освестри до и после операции в двух сравниваемых вариантах операции можно говорить о том, что результаты межтелового спондилодеза способом "клин-шина" при нестабильных формах поясничного остеохондроза показывает высокие результаты регресса болевого синдрома и низкий процент нарушения функциональной активности оперированных больных, что намного улучшает качество жизни пациентов. Учитывая высокую эффективность межтелового спондилодеза способом "клин-шина" в спектре передних корпородезов с применением аутотрансплантатов можно рекомендовать этот метод к практическим врачам при хирургическом лечении дегенеративной патологии.

Литература

1. Виноградова Т.П., Лаврищева Г. И. Регенерация и пересадка костей. - М.: Медицина. - 1974.- 246с.

2. Зильберштейн Б.М., Сизиков М.Ю. Первичностабильный межтелевой спондилодез с использованием пористых NiTi имплантатов при поясничном межпозвонковом остеохондрозе. // Вертебрология - проблемы, поиски, решения: Научная конференция к 30-летию клиники патологии позвоночника ЦИТО. - г. Москва. - 27-29 мая - 1998. - С. 105-106.

3. Корж А. А., Белоус А.М., Панков Е. Я. Репаративная регенерация кости. - М.: Медицина. - 1972. - 230с.

4. Корж А.А., Хвисюк Н.И. Особенности клиники и лечения нестабильности поясничного отдела позвоночника // Труды III Всесоюзного съезда травматологов- ортопедов СССР , г. Москва, 13-15мая 1975 г. - М.: ЦИТО. - 1976.- С. 134-136.

5. Луцик А.А. Грыжи межпозвонковых дисков. // Нейротравматология. Справочник.- М.: Вазар - ферро. - 1994.- С. 240-241.

6. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 365 с

7. Юмашев Г.С., Фурман А.Е. Остеохондрозы позвоночника. - М.: Медицина. - 1984. - 376 с.

ОСНОВЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Б.А.Алиев, К.Н.Дабуров (научный руководитель)
Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г.Душанбе, Республика Таджикистан

Проблема безопасности труда актуальна в стоматологических учреждениях, так как в полости рта человека присутствуют различные виды микроорганизмов, в том числе и патогенные. Проведение стоматологических манипуляций связаны с травматизацией медицинских работников. Указанные обстоятельства способствуют заражению не только пациентов стоматологических учреждений, но и медицинских работников различными инфекциями, в частности гнойно-септическими, респираторными, гемоконтактными и др.
Ключевые слова: медицинский персонал, стоматологические учреждения, безопасность труда, мероприятия по профилактике инфицирования.

Применение в стоматологических учреждениях новых видов оборудования, в частности высокоскоростных бормашин, явилось положительным моментом. Поскольку резко сократилось время препарирования зубов, уменьшились болевые ощущения пациентов, и главное, уменьшились физические нагрузки рабочей позы и рук врача.

Однако, высокоскоростные бормашины в процессе работы способствуют рассеиванию микроорганизмов кариозной полости со слюной, кровью и осколками твердых тканей зуба в воздушную среду и на поверхности различного оборудования в лечебных помещениях, что становится причиной инфицирования патогенными и условно-патогенными микроорганизмами как пациентов, так и медицинского персонала.

По данным ВОЗ медицинский персонал стоматологических учреждений занимает первое место в перечне медицинских профессий повышенного риска инфицирования, в частности, вирусами ОРЗ, герпеса, гепатитов и СПИД, а также возбудителями ряда других инфекций, так как проведение почти всех стоматологических манипуляций в полости рта связано с наличием микротравмам, что в свою очередь создает ситуацию для прямого инфицирования через кровь.

Проведенный нами анализ заболеваемости медицинских работников стоматологического профиля показывает, что наибольшее число случаев заболеваний 3,4+0,1 и 38,6+0,4 дней нетрудоспособности на 100 работающих связано с заболеваниями органов дыхания (ОРВИ, бронхиты и бронхопневмонии), на достаточно высоком уровне у них отмечена заболеваемость герпесом и вирусными гепатитами В и С.

Необходимо отметить, что в мире имеются достаточно много сообщений о возникновении вспышек внутрибольничных СПИД заболеваний, связанных с профессиональной деятельностью медицинских работников, в частности в конце прошлого века в Волгограде, Элисте (Россия) в последние годы в Ливии (дело болгарских врачей), в Чимкенте (Казахстан).

В США, произошло заражение врача стоматолога вирусом СПИДа во время оказания помощи больному, так как врач работал без перчаток при наличии мелких травм на руках [1]. Уже имеются сообщения об отказе стоматологов в лечении больным СПИДом, что связано с реальной опасностью инфицирования при проведении стоматологических манипуляций [2,3,4].

Нами установлено, что за смену врач-стоматолог получает не менее 8 микротравм, не сопровождающихся видимым кровотечением, в частности при пальпации острых краев коронки зуба, пломб, зубного камня. Вследствие скарификации нарушается целостность рогового эпителия пальцев рук, который выполняет основную защитную функцию, а этого вполне достаточно для последующего проникновения вирусов в ткани. К сожалению, на это врачи не обращают внимания, но опасность инфициро-

вания самих стоматологов может иметь и другое последствие - инфицирование здоровых пациентов.

В свете выше изложенного, медицинскому персоналу стоматологических учреждений при оказании медицинских услуг необходимо строжайшим образом соблюдать следующие меры профессиональной предосторожности:

1. В целях предупреждения инфицирования медицинского персонала учреждения необходимо рассматривать всех стоматологических пациентов, как потенциально инфицированных различными микроорганизмами, в том числе вирусами герпеса, гепатитов и ВИЧ.

2. Перед каждым стоматологическим вмешательством необходимо собрать анамнез об имеющейся возможности инфицированности пациента (перенесенные заболевания, обширные хирургические вмешательства, гемофилии, переливания крови и др.). Все повреждения кожи на руках медицинского персонала должны быть закрыты лейкопластырем и напальчниками.

3. Во время проведения стоматологических манипуляций необходимо избегать контактов, способствующих контаминации объектов окружающей среды и распространению инфекции, нельзя вести записи, прикасаться к телефонной трубке и т.п. Не следует касаться руками глаз и слизистой оболочки губ. Следует очень внимательно работать с острыми и режущими инструментами.

4. Кровь, слюна, десневая жидкость всех стоматологических пациентов должны рассматриваться, как потенциально инфицированные. В связи с этим медицинский персонал должен работать в одноразовых резиновых перчатках. На терапевтическом приеме работа в резиновых перчатках при использовании пульпоэкстракторов, миллеровских игл, дрильборов, каналорасширителей и др. инструментария вызывает определенные неудобства. Поэтому на указательный и большой палец правой руки поперечно длиной оси первых фаланг на перчатки наклеивается лейкопластырь, что позволяет прочно удерживать мелкий инструментарий.

5. На терапевтическом и ортопедическом приеме, используемое стоматологическое оборудование рассеивает аэрозоль ротовой полости по всему кабинету, поэтому медицинский персонал должен работать в халатах закрывающих грудь, для защиты слизистых глаз и губ обязательно использовать прозрачные защитные щитки или многослойные марлевые маски и защитные очки.

6. Перед оказанием стоматологической помощи и во время проведения манипуляций пациенту необходимо постоянно орошать полость рта одним из следующих дезинфицирующих растворов:

- раствором калия перманганата;
- раствором перекиси водорода;
- раствором фурацилина;
- раствором октенисепта

7. После лечения больного и перед приемом нового пациента обязательно согласно правил проводить мытье рук с использованием для их выслушивания только одноразовых стерильных салфеток, при инфицированности органов и полости рта, а также если в анамнезе имеется перенесение гепатита - необходимо обязательное проведение гигиенической обработки рук с мытьем согласно правил и их дезинфекцией 700 спиртом, или каким либо антисептиком.

8. После окончания работы с пациентом, используемый инструментарий, перчатки, марлевые турунды, ватные валики и т.п. опускают в дезраствор на 1 час и затем отправляют инструментарий на предстерилизационную обработку и стерилизацию, перевязочный материал на утилизацию.

9. В ортопедическом отделении дезинфекции подвергают силиконовые массы, слепки. Восковые шаблоны с оклюзионными валиками после работы в полости рта протирают 70о спиртом 2 раза с интервалами 15 мин. Коронки, мостовидные протезы после каждой припасовке на опорные зубы подлежат дезинфекции 70о спиртом или 3% раствором хлорамина. Зубопротезные материалы отправляют для проведения дальнейших работ в зуботехническую лабораторию только после дезинфекции

10. В каждом отделении в медицинском шкафу должен находиться комплект аварийной аптечки, в которой должны находиться:

а) 70о спирт в количестве 200гр. для прижигания уколов и порезов путем 2-х кратного протирания и полоскания полости рта;

б) 0,5% спиртовый раствор йода, для обработки кожи;

в) Дистиллированная вода и навеска калия

перманганата для приготовления раствора с целью промывания слизистых глаз (1:10000).

11. При попадании крови пациента на слизистую оболочку глаз, губ медицинского работника, ему необходимо немедленно обильно промыть их раствором калия перманганата (в разведении 1:10000). При травмах кожи (уколы, порезы) рану обрабатываю 70о спиртом, затем не останавливая кровотечения из повреждения выдавливают кровь, промывают рану и обрабатывают дезинфектантом или йодом и накладывают повязку.

12. Кровь, попавшую на кожные покровы рук и другие части тела, а также медицинский халат, убирают салфеткой, обильно смоченной 70о спиртом или любым дезинфектантом. При прямом контакте медицинского работника с кровью ВИЧ-инфицированного пациента после проведения указанных мероприятий необходимо поставить в известность администрацию учреждения, которая сообщает о случившемся в центр по борьбе со СПИДом.

Литература:

1. Brezina A.J. Los odontologas y LSI. // D.A. Rev. As. odontol. argent. - 1987, - Vol. 75, № 3, - p.77-83.

2. Glik M., Trope M., Pliskin M.E. Defection of Hivinthe dental pulp of a patient with AIDS // J.Amer.dent.Ass. - 1989, - Vol. 119, № 5, P.649-650.

3. Hazelhorn H.M. The reactions of dentists to members of groups at rist of AIDS // J.Amer.dent.Ass. - 1989, - Vol.199, №5, - P.611-618.

4. Rink B. Stomatologiche Aspekte bei AIDS. // Stomatologie DDR. - 1988, -Vol.8, № 7, - P.446-451.

МЕТАФИЛАКТИКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДИЕТОТЕРАПИЕЙ

М.И.Нусратуллоева, К.Н.Дабуров (научный руководитель)
Таджикский государственный медицинский университет им.Абуали ибни Сино, Таджикистан,г.Душанбе

Проведение метафилактики требует строгого диспансерного наблюдения, соблюдения диеты и приема соответствующих лекарственных препаратов. Для ее проведения предложена схема рекомендаций по коррекции метаболических нарушений в виде алгоритма, который включает индивидуальное послеоперационное амбулаторное динамическое наблюдение и лечение больного МКБ, в том числе и диетотерапию, преследующие цели профилактики обострения хронического пиелонефрита, рецидива камнеобразования, подбора и проведения литокинетической и литолитической терапии на фоне воспалительного процесса в почке.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, рецидивирование, метафилактика, рекомендации по диетотерапии.

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ), является одной из главных проблем современного здравоохранения, занимая второе место в структуре заболеваемости почек и мочевыводящих путей, третье - в структуре причин смерти и четвертое - среди причин инвалидности (1).

Проблема МКБ является актуальной и для Республики Таджикистан. Несмотря на широкую распространенность МКБ, все ранее проводимые в исследования в республике, касались проблем хирургического лечения больных. Вместе с тем необходимо большую роль отводить консервативному лечению направленных на метафилактику рецидивов, возникающих после операции и профилактику камнеобразовавния на начальных стадиях развития МКБ (2).

Цель исследования. Разработка рекомендаций по проведению диетотерапии и медикаментозного лечения для метафилактики рецидивов МКБ и профилактики камнеобразования на ранней стадии ее развития.

Материал и методы исследования. Проведение метафилактики и профилактики камнеобразования проводили у 120 послеоперационных больных и 108 больных с ранней стадией МКБ. оценку эффективности судили по результатам хромато-масс-спектрометрического определения литогенных веществ в моче и минеральном

составе камня, содержания и активности в моче гидролитических ферментов, условий формирования матрицы камня в динамике.

Результаты исследования и их обсуждение. Профилактика камнеобразования у больного в ранней стадии МКБ болезни зависит в первую очередь, от ее ранней диагностики, состава литогенных веществ и нарушений обмена веществ. Результаты изучения фактического питания больных МКБ, хромато-масс-спектрометрического определения литогенных веществ в моче и минеральном составе камня, содержания и активности в моче гидролитических ферментов, условий формирования матрицы камня нами опубликованы (3,4), что позволило в данном сообщении остановиться на рекомендациях диетотерапии и медикаментозного лечения при проведении метафилактики рецидивов и профилактики камнеобразования на ранних стадиях заболевания МКБ

Проведение метафилактики требует строгого диспансерного наблюдения, соблюдения диеты и приема соответствующих лекарственных препаратов. Для ее проведения предложена схема рекомендаций по коррекции метаболических нарушений в виде алгоритма, который включает индивидуальное послеоперационное амбулаторное динамическое наблюдение и лечение больного МКБ, в том числе и диетотерапию, преследующие цели профилактики обострения хронического пиелонефрита, рецидива камнеобразования, подбора и проведения литокинетической и литолитической терапии на фоне воспалительного процесса в почке.

Метафилактика кальций-оксалатного литиаза была направлена на уменьшение экскреции почками кальция и оксалатов, что достигалось с помощью соответствующей диеты с преобладанием в пище клетчатки, ограничением животных жиров и рафинированных углеводов, продуктов богатых кальцием и оксалатами. Повышение диуреза достигалось водным режимом, растительными мочегонными и тиазидами.

Метафилактика кальций-фосфатногога литиаза требовала диету с ограничением употребления молока, сыра, рыбных продуктов. Суточный прием жидкости не менее 2-2,5 литров. Лекарственные препараты - мочегонные, противовоспалительные и камнеизгоняющие средства.

Наиболее сложно было проведение метафилактики мочекислой формы МКБ, которая требовала коррекцию pH мочи, диета больных основывалась на ограничении молочных продуктов, жареного и копченого мяса, мясных бульонов, субпродуктов, бобовых, кофе, шоколада, алкоголя, исключении острых блюд, с употребление большого количества жидкости и приема лекарственных препаратов для ощелачивания мочи.

Учитывая первичный характер жалоб, неотягощенный урологический анамнез, отсутствие значимых изменений в клинико-лабораторных показателях, указывающих на отсутствие сопутствующего воспалительного процесса, у больных с МКБ достаточно было проведение комплекса медико-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение продолжения камнеобразования, в частности предлагалась соответствующая диета направленная на снижение аномальной экскреции метаболитов с мочой. При этом количество принимаемой жидкости увеличивали до 2-2,5 л.

Оценивая динамику колебаний хромато-масс-спектрометрических показателей в группе больных с кальций-оксалатной формой МКБ в ответ на проводимые медико-профилактические мероприятия в течение последующих 3 лет, выявлена ежегодная тенденция к снижению уровня щавелевой кислоты в диапазонах от 4,82 до 3,25 ммоль/сут ($p<0,05$). Не было отмечено достоверно значимых изменений уровня содержания мочевой и фосфорной кислот. Размеры агрегатов уменьшились до 7,8 - 11,6 мкм, при исходных 14,6 - 19,1 мкм. Несмотря на аккуратное исполнение, лечебно-профилактических рекомендаций в течение диспансерного наблюдения, повторное обращение в стационар потребовалось 5,2 % пациентам.

У больных с кальций-фосфатной формой МКБ выявлена тенденция к снижению уровня фосфорной кислоты в диапазонах от 8,78 до 6,58 ммоль/сут ($p<0,05$). Не отмечено достоверно значимых изменений уровня содержания мочевой и щавелевой кислот. Размеры агрегатов уменьшились до 4,8-7,6 мкм при исходных значениях 8,3-11,2. Повторное обращение в стационар с приступом почечной колики зарегистрировано у 12,5% пациентов.

В группе больных с мочекислой формой МКБ отмечена аналогичная тенденция в динамике

колебаний хромато-масс-спектрометрических показателей. Суммарное снижение уровня мочевой кислоты у обследуемых больных по итогам 4 лет составило 2,18 ммоль/сут, и колебалось в диапазоне 5,70 - 3,52 ммоль/сут ($p<0,05$). При этом не отмечено достоверно значимых изменений уровня содержания фосфорной и щавелевой кислот. Отмечено прогрессивное снижение скорости и времени максимальной агрегации и размеров агрегатов. Последние по итогам лечения колебались в пределах нормальных диапазонов - от 0,98 до 1,68 мкм. В течение исследуемого промежутка времени, повторное обращение в стационар потребовалось 7,9% пациентам.

Наименее эффективной по оценке колебаний хромато-масс-спектрометрических показателей (уровня литогенных веществ и гидролитических ферментов) была группа больных со "смешанными" формами МКБ - с выраженными клиническими проявлениями, крайне высоким уровнем содержания в моче литогенных веществ (концентрация щавелевой кислоты - 7,59 ± 0,68 ммоль/сут, мочевой - 6,26 ± 0,57 ммоль/сут и фосфорной - 8,11 ± 0,76 ммоль/сут). Повторное обращение в стационар потребовалось 37,6% пациентам.

Таким образом, использование предлагаемых рекомендаций по диетотерапии и медикаментозному лечению в профилактике камнеобразования позволяет существенно снизить частоту обращений больных с тяжелыми формами МКБ в стационар.

Литература:

1. Дзеранов Н. К. Мочекаменная болезнь (клинические рекомендации) / Дзеранов Н. К., Лопаткин Н. А. - М; Оверлей, 2007. - 296 с.

2. Биогеохимические и экологические факторы и уровень заболеваемости мочекаменной болезни / Нусратуллоев И.Н. [и др.] // Здравоохранение Таджикистана.- 2008.- № 3.- С. 14-20

3. Нусратуллоева М.И. Изучение особенностей камнеобразования у больных мочекаменной болезнью в Таджикистане / Нусратуллоева М.И., Нусратуллоев И.Н., Дабуров К.Н. // Вопросы питания и регуляции гомеостаза, выпуск 9.- Душанбе, Адиб.- 2008.- С.248-253.

4. Нусратуллоев И.Н., Дабуров К.Н., Нусратуллоева М.И. Влияние особенностей питания на развитие мочекаменной болезни у населения в Таджикистане / Нусратуллоев И.Н., Дабуров К.Н., Нусратуллоева М.И. // Здоровье и болезнь.-2009.-№2 (78), спецвыпуск.-Алматы.-С.152-154.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА "БАЙТАЧ" В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ УРОЛИТИАЗОМ

З. Аминов, И.Н.Нусратуллоев (научный руководитель)
Республиканский клинический центр "Урология" МЗ РТ г.Душанбе, Республика Таджикистан)

Резюме. Проведенные исследования по применению лекарственного препарата "Байтач" при консервативном лечении показали, что он является эффективным средством для ускорения про-цесса отхождения фрагментов разрушенного камня из верхних мочевыводящих путей и мелких камней почки и мочеточника после проведения дистанционной литотрипсии и его можно рекомендовать при консервативном лечении.

Ключевые слова. Байтач, мочекаменная болезнь, воспалительный процесс, фрагменты камней, консервативное лечение

Введение. Проблема консервативного лечения мочекаменной болезни остается актуальной, несмотря на повсеместное внедрение малоинвазивных методов удаления камней. Консервативная терапия МКБ, основанная на обезболивающем, спазмолитическом, диуретическом эффектах и лекарственном растворении уратных и уратно-оксалатных мочевых камней, повышают эффективность лечения больных нефролитиазом особенно после проведенных сеансов ДЛТ. Наряду с ранее широко применяемыми препаратами для консервативного лечения МКБ появились новые препараты, в том числе "Байтач".

Цель данной работы. Определение целесообразности показаний к назначению препара-

та "Байтач" больным нефролитиазом.

Материал и методы исследования. Работа проведена на группе пациентов в 76 человек, состоящей из 37 женщин и 39 мужчин в возрасте от 23 до 70 лет. На момент начала исследований мочевые камни отсутствовали у 14 пациентов (конкременты отошли самостоятельно или были удалены оперативным путем), у 21 - выявлены конкременты в одной почке, у 10 пациентов - в мочеточнике. У 13 больных были диагностированы двухсторонние камни почек. Размер конкрементов варьировался от 0,4 до 2,2 см. У 18 пациентов выявлены коралловидные камни. Длительность заболевания варьировалась от 1 до 30 лет.

Для определения эффективности и безопасности применения препарата пациентам проводилось комплексное обследование, включающее ультразвуковое исследование почек, рентгеноурологическое обследование, хромато-масс-спектрометрическое исследование с агретатометрией мочи и биохимическое исследование крови и мочи по 14 биохимическим показателям, отражающим функциональное состояние почек и состояние обмена камнеобразующих веществ. Клинический анализ мочи выполнялся по стандартной методике. Биохимическое исследование крови и суточной мочи проводилось с помощью химреактивов и автоматического анализатора "Labsystem".

Эффективность препарата оценивалась по двум критериям: метаболическому и клиническому. Байтач назначали по 3 таблетки 3 раза в день 3 раза в день курсом в течение 3 месяцев. Для статистического анализа полученных данных применяли критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Метаболическая оценка включала определение характера изменений биохимических показателей крови и мочи в различные сроки после начала приема препарата. Клиническая эффективность оценивалась по трем параметрам: степени воздействия на воспалительный процесс верхних мочевых путей; эффективности профилактики рецидива камнеобразования; предупреждения роста и элиминации имеющихся конкрементов.

По данным контрольного обследования установлено, что байтач не нарушает функциональное состояние почек. Кроме этого не выявлено его влияния на сывороточную концентрацию калия, натрия и общего кальция. Под действием препарата произошло статистически достоверное уменьшение уровня гиперкальциурии с 9,23 ± 0,78 до 5,73 ± 0,44 ммоль/сутки в 100% наблюдений, а также снижение pH мочи с 6,04 ± 0,07 до 5,79 ± 0,12 в 75% случаев. Также отмечена тенденция к снижению повышенной концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови и содержания в моче оксалатов и мочевой кислоты.

Для оценки тяжести воспалительного процесса в мочевыводящей системе кроме клинических методов применяли исследования степени бактериурии и лейкоцитурии. На основании анализа данных об-следования 76 больных уролитиазом с целью определения состояния воспалительного процесса в мочевыводящей системе до назначения байтача у 57 (75%) больных диагностирована ремиссия. В общих анализах мочи наблюдалась лейкоцитурия - до 6 лейкоцитов в поле зрения. Бактериурия отсутствовала. У 10 (13,1%) пациентов отметили активную фазу воспалительного процесса в мочевыводящей системе: у 5 больных диагностировали высокую степень лейкоцитурии, у 7-х пациентов - до 20 лейкоцитов в п/зр .

При микробиологическом анализе мочи у 3 больных обнаружена Ps.aeruginosa и у 2 пациентов - Enterobacter. При анализе данных обследования больных до и после приема препарата байтач в одно-родной выборке выявлено, что после его приема при контрольном об-следовании в 75,0% случаев степень лейкоцитурии снизилась до 1 -3 лейкоцитов в п/зр., в 6,3% наблюдений отмечена лейкоцитурия до 6-8 лейкоцитов в п/зр., в 18,7% случаев уровень лейкоцитурии повысился с 2-6 лейкоцитов в поле зрения до 7-21 лейкоцита в поле зрения.

Для определения влияния препарата байтач на процесс рецидиви-рования камнеобразования у больных уролитиазом была обследована группа, состоящая из 24 человек. На момент назначения биодобавки у 8 больных в мочевыводящей системе камни отсутствовали, у 8 больных имелись камни в одной почке. При обследовании больных после окончания приема установлено, что из 8 пациентов без мочевых конкрементов на момент начала лечебного курса рецидив камня обнаружен у 2 больного.

При анализе эффективности препарата бай-

тач для отхождения фраг-ментов камня установлено, что на фоне приема данного препарата в течение 1-4 месяцев произошло полное отхождение "каменной дорожки" у 1 больного после ДЛТ и микролита из н/3 мочеточника у 2 пациента. У больных с локализацией фрагментов камней в почках в 18 (90%) наблюдениях размеры камней остались без изменения, из них у 8 (44,4%) пациентов конкременты отошли в первые 2 месяца. В 2 случаях (10%) отмечено незначительное увеличение размеров камней, что может быть обусловлено погрешностью ультразвукового исследования.

На основании данных анамнеза и клинического обследования выше указанных 4 больных выявлено, что имело место рецидивный уролитиаз, и больные являются хроническими камневыделителями в течение 23-30 лет В ранее проведённых исследованиях, целью которых было оп-ределение наличия диуретического эффекта и влияния препарата байтач на отхождение камней мочеточника размерами до 0,5 см была доказана эффективность байтача для более успешного и безболезненного их отхождения. Изучение результатов лечения проведено в 2-х равнозначных группах по 40 больных. В основной группе было 15 мужчин и 25 женщин, в контрольной - 22 мужчин и 18 женщин. Пациентам контрольной группы проводилась обычная камнеизгоняющая терапия, принятая в клинике.

В основной группе больных традиционная терапия заменялась назначением препарата байтач. Эффективность оценивали через 2 недели после начала курса приема по следующим критериям: отсутствие фрагментов камней в почках и верхних мочевых путях, степень выраженности болевой симптоматики во время миграции осколков, переносимость препарата.

У 38 больных контрольной группы в результате проведенного лечения отмечено полное отхождение "каменных дорожек" и камней мочеточника и лишь в 2 случаях (по одному с камнями средней трети мочеточника и нижней трети мочеточника) дополнительно проведена контактная уретеролитотрипсия и уретеролитоэкстракция с положительным эффектом. При этом отхождение камней и "каменных дорожек" в контрольной группе происходило в среднем через 9,46 ± 2,19 дней.

У всех 40 больных основной группы в результате проведенного лечения полное отхождение "каменных дорожек" и камней мочеточника отмечено в среднем через 5,6 ± 1,2 дней. В течение всего срока исследования побочных действий препарата не отмечено.

Выводы. Таким образом, препарат Байтач рекомендуется больным после ДЛТ для ускорения процесса отхождения фрагментов разрушенного камня из верхних мочевыводящих путей и мелких камней почки и мочеточника (до 0.5 см).

Байтач оказывает воздействие на состояние обмена веществ больных мочекаменной болезнью, что проявляется снижением гиперкальциурии и pH мочи, тенденцией к снижению повышенной концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови, уровней содержания мочевой кислоты и оксалатов в моче. При применении препарата байтач в течение 1-4 месяцев у больных уролитиазом конкременты не увеличились в размере в 90% случаев.

Препарат байтач не оказывает литолитического воздействия на мочевые камни и может входить в состав комплексного, консервативного лечения МКБ, с учетом установленных обменных нарушений, а не рассматриваться как самостоятельное лекарственное средство.

ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ В ЛПУ ТАДЖИКИСТАНА ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Ф.С.Саъдулоев, К.Н.Дабуров (научный руководитель)
Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г.Душанбе, Республика Таджикистан

Ретроспективный анализ 228 историй родов и историй болезни родильниц и новорожденных, 146 историй больных с хирургической раневой инфекции, 126 историй болезни урологических больных, 119 историй болезни больных с гнойно-воспалительными заболеваниями в челюстно-лицевой области позволил выявить этиологическую структуру возбудителей больных внутрибольничными инфекциями (ВБИ), факторы и механизмы передачи. Для совершенствования мероприятий по борьбе и профилактике ВБИ предложены мероприятия по созданию системы эпидемиологического надзора и мониторинга за ВБИ, в виде комиссий инфекционного контроля в учреждениях здравоохранения и организационно-методического центров на базе ЦГСЭН.

Ключевые слова: внутрибольничные инфекции (ВБИ), микроорганизмы, инфекционный контроль, профилактика.

Введение. Во многих странах мира на фоне снижения классических инфекционных заболеваний проблемой стали внутрибольничные инфекции (ВБИ). Росту и распространению ВБИ способствует комплекс факторов, основными из которых являются широкое, подчас бесконтрольное применение антибиотиков; формирование мощного искусственного механизма передачи возбудителей гнойно-септических инфекций; активизация естественных механизмов передачи возбудителей инфекционных болезней [1,2,4].

Проблема ВБИ является актуальной и в Республике Таджикистан, о чем свидетельствуют большое количество публикаций в материалах конгресса медицинских работников, съездов и конференций акушер гинекологов, педиатров, хирургов и специалистов других отраслей медицины.

По отчетным данным ЛПУ, частота ВБИ в стационарах Таджикистана составляет от 0,9 до 4,4 %, однако в действительности, она во много раз выше, при этом ведущее место занимают заболевания новорожденных, рожениц, послеоперационных хирургических и урологических больных, последующие места - инфекции у больных, в связи с проведением стоматологических, диагностических и других медицинских манипуляций.

Пребывание больного с ВБИ в стационаре удлиняется на 5-21 день с дополнительной стоимостью одного дня лечения в зависимости от его клинического состояния от 50 до 700 и более долларов США. В настоящее время это являются одной из основных причин, приводящих прямо или косвенно к резкому удорожанию стоимости стационарного лечения, что особенно нетерпимо в условиях скудного бюджетного финансирования здравоохранения республики.

В этой связи требуется совершенствование мероприятий по профилактике ВБИ и применение системного подхода с точки зрения управления, ресурсосбережения и обеспечения высокого качества лечебно-диагностического процесса.

Об эффективности внедрения новых технологий по профилактике ВБИ свидетельствует опыт США, где были организованы службы инфекционного контроля и разработаны программы слежения соответственно специфике стационаров различных профилей. Согласно этим программам службы инфекционного контроля вели учет и регистрацию заболеваемости ВБИ, контроль за проведением врачебных и сестринских лечебно-диагностических процедур, осуществляли меры по выявлению возбудителей, определению их чувствительности к антибиотикам и выбору правильной тактики проведения антибиотикотерапии. Такой подход способствовал снижению ВБИ среди госпитализированных больных с 6,6 до 3,2 % (1,3).

Новые подходы к профилактике ВБИ и практика проведения инфекционного контроля с 1997г. внедрены во многих странах СНГ. Их теоретические и практические аспекты ежегодно обсуждаются и положительно оцениваются во многих странах мира в рамках АМСЗ (США, Украина, Россия, Казахстан и др.) проводятся семи-

нары и конференции, участниками которых являлись и представители здравоохранения Таджикистана.

Цель исследования. Совершенствование существующей системы профилактики ВБИ в ЛПУ республики.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 228 историй родов и историй болезни родильниц и новорожденных, 146 историй больных с хирургической раневой инфекции, 126 историй болезни урологических больных, 119 историй болезни больных с гнойно-воспалительными заболеваниями в челюстно-лицевой области. У больных после проведения соответствующего лечения диагностировали ВБИ в период 2006-2008гг., особое внимание уделили результатам бактериологических исследований и клиническим проявлениям.

Результаты и их обсуждение. Основными причинами, поддерживающими высокой уровень заболеваемости ВБИ в ЛПУ Таджикистана являются: нарушение санитарно-эпидемиологических правил и норм содержания ЛПУ, в том числе нарушение режима дезинфекции и стерилизации медицинского инструментария, приборов, оборудования, перевязочного материала, спецодежды и т.п.; увеличение объема и видов медицинских услуг, оказываемых населению амбулаторно-поликлиническими учреждениями; недостаточная квалификация медицинского персонала при проведении лечебно-диагностических и оперативных манипуляций, несоблюдение им правил асептики и антисептики, личной гигиены и профессиональной безопасности; внутрибольничная циркуляция полирезистентных микроорганизмов, наличие их носительства среди медицинских работников; недооценка эпидемиологической и профессиональной опасности при контакте с больными и потенциальными носителями; переоценка защитной роли антибиотиков и широкое их использование без исследований чувствительности к микроорганизмам.

Основными источниками инфекции в ЛПУ являются больные и носители, как из числа пациентов, так и из числа медицинских персонала. Распространению ВБИ способствует множественность механизмов передачи, в зависимости от профиля ЛПУ:

- воздушно-капельным или воздушно-пылевым;
- контактно-бытовым (через предметы ухода за больными, белье, медицинский инструментарий, аппаратуру и оборудование, ватно-марлевые повязки и тампоны, полотенца, руки медицинского персонала и др.);
- парентеральным (при введении инфицированных препаратов, крови, изотонических и лекарственных растворов и др.);
- алиментарным (через растворы для питья, пищевые продукты и др.).

Проблему ВБИ, в особенности гнойно-септических инфекций, составляющих более 90%, по нашему мнению, необходимо связывать с этиологической структурой, которая за последние десятилетия резко и периодически изменялась, что связано с бесконтрольным применением антибиотиков новых поколений, ассортимент которых постоянно растет (табл.).

Таблица

Этиологическая структура возбудителей внутрибольничных инфекций у пациентов в стационарах различного профиля (%)

Микроорганизмы	Удельный вес в % у новорожденны	у родильниц	Удельный вес в % у хир. больных	Удельный вес в % у стомат. боль.
St.aureus	8,6+0,7	13,6+1,8	20,6+1,5	12.6+1,1
St.epidermidis	13,7+1,2	16,8+2,2	12,2+0,9	16,3+1,7
St.saprophyticus	10,2+0,9	17,3+2,1	3,2+0,08	18,2+1,4
St.faecalis	-	3,3+0,3	6,0+0,9	13,6+2,1
St.pyogenes	-	2,9+0,5	5,0+0,4	7,2+0,8
E.coli	42,4+4,3	20,7+1,9	14,2+1,1	13,1+1,2
Ps.acruginosa	9,3+1,6	6,6+1,4	12,6+1,3	4,2+0,1
Pr.mirabilis	-	-	6,0+0,7	1,1+0,1
Pr.rettgeri	-	-	5,0+0,6	3,3+0,1
Pr.vulgaris	5,0+0,4	5,2+0,9	4,2+0,5	3,3+0,3
Прочие микроорганизмы	3,1+0,2	13,4+2,1	11,0+1,2	7,4+1,6

Как видно из таблицы, ведущее место в этиологической структуре ВБИ у новорожденных и урологических больных принадлежит грамотрицательной микрофлоре - 63,3% и 71,4% соответственно, у родильниц, хирургических и стоматологических больных - грамположительной микрофлоре, соответственно - 53,5%; 47,1%; 57,9%.

Изучением циркуляции, возбудителей ВБИ в ЛПУ различного профиля, установлено, что в родовспомогательных учреждениях она обеспечивается за счет беременных женщин, имевших дородовую инфицированность, затем родильниц и новорожденных с гнойно-септическими заболеваниями; в хирургических стационарах - за счет больных с раневыми инфекциями, в стоматологических учреждениях - за счет больных с гнойно-воспалительными заболеваниями в челюстно-лицевой области, в урологических стационарах за счет инфицированных больных.

В окружающей среде указанных учреждений здравоохранения в основном циркулируют микроорганизмы родов Staphilococcus, Streptococcus, Echerichia, Pseudomonas, Klebsiella, Proteus, Hafnia, Citrobacter, Serratia, Candida. Широкая циркуляция микроорганизмов в учреждениях здравоохранения свидетельствует о явных нарушениях санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов и недостатках по организации и проведению дезинфекционных и стерилизационных мероприятий.

Микрофлора гнойного отделяемого у больных с гнойно-воспалительными процессами была тождественна микрофлоре, выделяемой из воздуха, с различных поверхностей оборудования, инструментария, и т.п., а также с рук и верхних дыхательных путей медицинских работников.

Выводы. Установлена корреляционная связь высокой и средней тесноты между уровнем обсеменения различных объектов окружающей среды в учреждениях здравоохранения и уровнем ВБИ среди больных, что дает основание считать возможным возникновение перекрестных внутрибольничных заражений, как среди больных, так и среди медицинских работников.

С целью совершенствования мероприятий по борьбе и профилактике ВБИ в республике проводятся мероприятия по созданию системы эпидемиологического надзора и мониторинга за ВБИ, в виде комиссий инфекционного контроля в учреждениях здравоохранения и организационно-методического центров на базе ЦГСЭН, с проведением ниже перечисленных мероприятий:

1. Разработка стратегии и тактики применения дезинфектантов, антисептиков, антибиотиков и химпрепаратов.
2. Проведение лабораторной диагностики всех случаев ВБИ и мониторинга за циркуляцией их возбудителей.
3. Повышение эффективности проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий.
4. Оптимизация мер борьбы и профилактики ВБИ с различными путями передачи.
5. Обеспечение качества проведения в ЛПУ лечебно-диагностического процесса с повышением профессиональной подготовки медицинских работников.
6. Внедрение новых технологий, оборудования и аппаратуры и обеспечение работы всех коммунальных коммуникаций.
7. Оценка экономического ущерба от ВБИ и экономической эффективности проводимых профилактических мероприятий.

Проведенные исследования послужили основой для разработки Национальных стандартов по профилактике инфекций в медицинских учреждениях Республики Таджикистан, методических рекомендаций по профилактике ВБИ в учреждениях здравоохранения различного профиля и методических указаний по внедрению новых препаратов для проведения дезинфекции и стерилизации.

Литература:

1.Бурганская Е.А. На пути к профилактике внутрибольничных инфекций: Наше здоровье, весна 1997, American International Health Alliance, 1997, Wachington, USA, - с.32-33.

2.Венцел В.Л. Внутрибольничные инфекции. - М.: Медицина, - 1990, - 656с.

3. Ньюбер Д., Росс Д., Рубен Б. Новые задачи в области инфекционного контроля: - Наше здоровье, зима, 1998,- American International Health Alliance, 1998, Washington, USA,- с.6-8.

4. Дабуров К.Н., Шамсиддинов А.Т., Саидов Х.А. Биологическая безопасность и защита медицинского персонала стоматологических учреждений при их профессиональной деятельности / Труды II съезда (конгресса) стоматологов Таджикистана.- 2009.- С.17-18.

ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ БЕДРА

Кудайкулов М.К
Бишкекский Научно-Исследовательский Центр Травматологии и Ортопедии г.Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проблемы послеоперационных гнойных осложнений привлекает в последнее время все большое внимание хирургов различных профилей. Большое внимание исследователи уделяют разработке общих вопросов возникновения, развития и лечения гнойных воспалений после операций на трубчатые кости.

Ключевые слова: операция трубчатых костей, осложнение, остеомиелит.

POSTOPERATIV FEMORAL OSTEOMYELITIS

Matraim K.Kudaikulov
The Bishkek Traumatoloqy and orthopedy research center. Bishkek, The Kyrqyz Republic

Resume. The problems of postoperative suppurative complications attract increasingly more and more surgeons of every description. Today specialists pay great attention to working up of general questions of origin, development and treatment of suppurative inflammation after cortical bone surgery.

Key words: cortical bone surgery, inflammation, osteomyelitis.

Введение. В последнее время с связи с сокращением травматологических кое к и травматологов по всей республике, при повреждении трубчатых костей операции производят врачи хирургического профиля. В связи с этим снизилось качество оперативного лечения, и повысился процент осложнений от 10-12 до 35-40%. Основными причинами послеоперационного остеомиелита бедра являются:

Общее тяжелое состояние больного, травматической болезни, кровопотери, травматический шок и др.

Недостаточная общая подготовка больного.

Ранее оперативное вмешательство поля.

Допущение нарушения правил асептики и антисептики перед операцией или во время операции.

Недостаточный гемостаз.

Неправильное дренирование операционно-раневого канала.

Неполная коррекция общего состояния пациента осле операции.

Техника оперирующего хирурга.

Качество и стабильность металлоконструкций.

Материалы и методы. Обзорная рентгенограмма сегмента, контрастная фистулография, напряженная фистулография, компьютерная томография.

Материалы.

Последние 10 лет в нашей клинике проходили лечение 52 больных с открытыми и закрытыми переломами бедра с осложненными послеоперационным остеомиелитом . Из них: мужчин-42, женщин-10,в возрасте от 17 до 78 лет. С подвертельным переломом - 18, с переломом диафиза-20, с переломом дистального отдела бедра-14.Открытый перелом-5, закрытый перелом-47.

Методы.

Интромедулярный остеосинтез бедра-37, накостный остеосинтез-15.

Результаты и обсуждение.

При интромедулярном остеосинтезе бедра, с наличием инфекции всегда открывали операционные раны. Если линии перелома плотно фиксированы, для оттока содержимого канала перфорировали на том же уровне бедренной кости и таким образом создавали отток из костномозгового канала.

При канальном стержне, через большой вертел на всем протяжении стержня проводили дренажную трубку и вводили антибиотики и антисептики. Стержни держали до полного сращения обломков.

При слабой консолидации обычно нагноительный процесс локализуется в дистальном кон-

це стержня. При этих случаях перфорируется костномозговой канал на уровне конца стержня, одновременно дренируется канал стержня через вертел. После полного сращения отломка удаляем стержень, костномозговой канал обрабатываем нашим способом, применяем перфоратор и элеватор для костно-мозгового канала с удалением секвестра и патологической грануляции. Во второй очереди в канал вводится элеватор, который выводится содержимое канала.

После механической обработки в канал вводится дренажные трубки и под давлением промывается костномозговой канал. Содержимое канала выводится через раны на уровне перелома. Операция заканчивается дренированием костномозгового канала. Из 37 больных наступило сращение отломки и ликвидации остеомиелита у 34 больных, в 3-х случаях проводилась повторная операция.

15 больных после накостного остеосинтеза бедра с осложненным остеомиелитом широко открывали операционные раны на всем протяжении металлоконструкции.

Удаляли расшатанные шурупы и пластины, перфорировали костномозговой канал и дренировали.

У 10 больных наступило консолидация , а у 5 больных из-за несостоятельности остеосинтеза и расшатывания шурупов удалены пластинки. Отломки фиксированы в 3-х случаях стержневым аппаратом, в 2-х случаях скелетным вытяжением.

Выводы:

При послеоперационным остеомиелите бедра, фиксатор надо держать до полного сращения костных отломков;

При флегмоне костномозгового канала необходимо дренировать костномозговой канал и мягкие ткани;

При сращении отломки, удаляем стержни. Обработка костномозгового канала перфоратором, элеватором улучшает степень положительного результата в лечении послеоперационного остеомиелита.

Литература:

1. Стоян Попкиров гнойно-септическая хирургия-София, 1977-С.46.
2. Корхов В.В. хирургическое лечение ложных суставов.Л.,1976-С.84.
3. Белобородов В.Б. Инфекция и антимикробная терапия М., 2003- С.33.

ПРОБЛЕМЫ ЭТИКИ ЖИЗНИ В ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

(грани философской рефлексии)

Ж.И. Ашимова*, Г.Ж. Бектурова**
БГУ им. К. Карасаева, КГНУ им. Ж. Баласагына**, Бишкек, Кыргызская Республика*

Резюме: Дальнейшее развитие человека и общества требует появления в смысложизненном векторе общей составляющей, детерминированной социальными и этическими новациями, вызванными требованиями трансплантационной практики.
Ключевые слова: Этика, смысл жизни, трансплантология.

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯДАГЫ ЖАШООНУН ЭТИКАЛЫК МАСЕЛЕЛЕРИ

(философия рефлекснин чеги)

Ж.И. Ашимова, Г.Ж. Бектурова
К. Карасаев атындагы Бишкек Гуманитардык Университети, Ж. Баласагын атындагы Кыргыз Улуттук Университети, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Кортунду: адамдын жана коомдун алдыга өсүшү жашоо векторунда жалпы түркүктүү, түпкүлүктүү социалдык жана этикалык жа?ылануларды талап кылуусу, трансплантология тармагынын талабынан келип чыгат.
Негизги сөздөр: этика, жашоонун маанисн, трансплантология.

THE PROBLEMS OF ETHICS' RESPONSIBILITY IN TRANSPLANTOLOGY

(borders of phylosophic reflexcion)

J.I. Ashimova, G.J. Bekturova

(BHU named K. Karasaev, KNU named J. Balasagyn, Bishkek, Kyrgyz Republik)

Resume: It is necessary to restore the balance of low and morality as the only way of solving the essential contradictions of moral-ethic and methodological charakter in transplantology.

Key words: ethics, low, morality, responsibility, transplantology.

Введение. Проблема отношения к жизни и смерти человека является основной проблемой этического сознания. В настоящее время, в связи с развитием трансплантологии, безусловно, актуализировались такие феномены этой проблемы, как "смысл жизни - в самой жизни"; "смерть как экстраординарный порядок жизни"; "смерть служит продлению жизни".

Цель. Философская рефлексия проблемы "жизнь-смерть" в конкретном приложении к вызовам трансплантологии, в ракурсе этики трансплантологии.

Философские допущения и обсуждения. Очевидно то, что в настоящее время есть необходимость выработки новых концептуальных установок философско-рационального значения, касающихся проблем "жизнь-смерть", в том числе для формирования научного ответа на вызовы современной трансплантологии. Между тем, это разработка новых и "обновление" старых идей, в том числе заложенных в эрзац-теориях, квазитеориях, метатеориях биоэтики, деонтологии и других разделов философской дисциплины и, имеющие не только теоретическое, но и прикладное значение. В то же время в этой объективно заданной дифференциации этики зачастую теряются ее "метафизические", то есть собственно философские признаки, что не может не вызывать сомнения. В таких случаях, на наш взгляд, правильно попытаться, как это было заявлено во введении, преодолеть, с одной стороны, чрезмерный эмпиризм и прагматизацию, а с другой - чрезмерное абстрагирование и абсолютизацию.

Для становления и развития трансплантологии безусловное значение приобретает феномен смысла жизни, традиционно выражаемый в формуле: "смысл жизни - в самой жизни", причем и в первую очередь, научно эксплицировавшийся через этические и аксиологические построения. Следует отметить, что коренной мировоззренческо-аксиологической проблемой медицины является отношение врача к жизни и смерти. В "Женевской декларации (1948) провозглашается: "Я буду сохранять высочайшее уважение к человеческой жизни с самого момента зачатия". В "Международном кодексе медицинской этики" (1949) сказано, что "врач должен всегда помнить об обязанности сохранять человеческую жизнь".

Данная медицинская максима, определяющая человеческую жизнь в качестве безусловной ценности приобрела статус общечеловеческой моральной и правовой нормы. Однако, в условиях технологического прогресса нравы детерминируются и инерцируются, когда жизнь теряет свою вечную и универсальную ценность. Сохраняет ли эта максима свой статус в таких условиях инерции нравов? В этом аспекте, одним из объектов исследования в данной главе является - смысл жизни человека, обусловленный реалиями современности, и один из предметом исследования - специфика смысла жизни в условиях глобализации трансплантационной практики.

Следует сказать, что в КР углубляющееся социальное неравенство, расшатывание нравственных устоев, низкий уровень правовой и политической культуры, девальвация традиционных ценностей, отсутствие консолидирующей общественной идеи порождают состояние смятения, фрустрацию, что позволяет говорить о мировоззренческом кризисе личности. Безусловно, такой кризис отражается на общественном сознании и отношении. Тем не менее, актуальность заявленной темы данной главы определяется не только динамикой условий жизни совре-

менного социума, все более приобретающей негативный характер или имеющие негативные морально-нравственные последствия, но и целым блоком этических задач, выдвигаемых развитием таких высокотехнологичных разделов науки и медицины, как трансплантология.

Не секрет, что и современная моральность в основном базируется на эрзац-теориях. В качестве примера можно привести этику благовения перед жизнью А. Швейцера: "Я - жизнь, которая хочет жить, я - жизнь, среди жизни, которая хочет жить". По его мнению, этика благовения перед жизнью является самой образцовой моральностью: "Все возникающие в обществе принципы, убеждения и идеалы мы должны крайне педантично измерять мерой абсолютной этики благовения перед жизнью". Казалось бы нравственность феноменов "стремление к жизни", "стремление к счастью", "желание добра и любви", "абсолютная недопустимость насилия" и пр. - это безгранично великое. Между тем, научная этика не признает "безгранично великое" или квазиценности житейской этики вне исчисления максимальной ответственности. С этой позиции к эрзац-теориям относятся этика Аристотеля, Милля, Ницше и др. С этой позиции и этика А. Швейцера также является не что иной, как эрзац-теорией по отношению к этике ответственности.

З. Фрейд, в отличие от А. Швейцера - сторонника философии жизни, считает главным этическим принципом стремление не жизни, а к смерти. По его мнению, такие концепты, как "счастье", "горе" являются субъективными реакциями на результаты поступков, интерпретируемых в соответствие с этикой ответственности, а потому считает он - не следует возводить житейскую этику в ранг научной этики.

Можно сделать такое допущение, у сожалению, уже имеющая под собой реальные факты, когда в условиях дефицита донорских органов, больной, нуждающейся в пересадке органов и его близкие и родственники ликуют по поводу смерти другого, то есть появлению "свежего и подходящего трупа", от которого можно будет "забрать" тот или иной нужный орган. "Заинтересованное лицо" появятся и в среде медиков, юристов и пр. Какая трансформация взглядов на жизнь, ее ценности, произойдут в этих условиях? На наш взгляд, они представляют безусловную актуальность для этического и социально-философского анализа.

М.Шелер пишет: "....Человек есть существо возвышенное и возвысившееся в самом себе над всей жизнью и ее ценностями...". По его мнению, человек, преодолевая сопротивление, вырабатывает идеалы и стремится к их осуществлению. Интерес вызывает благородные истины, отраженные в учениях буддистов: есть страдание - это реальная жизнь в ее многочисленных проявлениях; есть источник страдании - желание жизни; есть состояние отсутствия страданий - нирвана; к нирване ведет срединная дорога, путь морального совершенствования, связанный с преодолением желаний. Даосизм выделяет пять добродетелей: человечность и любовь к другим, мудрость и интеллект, справедливость и честность, послушание и учтивость, покорность родителям. О том, что важнейшим моральным стандартом человека является честность, милосердие и ненасилие утверждает джайнизм.

Наличие указанных выше направлений свидетельствует, прежде всего, о глобальном интересе человечества к проблемам этики, о продолжающемся расширении поля этических исследований, об изменениях их характера и областей влияния, а также о постоянной генерации новых подходов к классическим объектам морали и этики. Абсолютное большинство авторов, перечисленных выше, рассматривали вопросы смысла жизни с понятийным аппаратом ее другой противоположности - смерти, как сферы фундаментальной неопределенности и неопределимости.

Трагедия человеческого существования в том, что человек не просто живет и умирает, но мучается вопросом о смысле жизни. Именно мучается, ибо смерть создает наиболее радикальный прецедент абсолютной бессмысленности жизни, который человек ни понять, ни принять, ни смириться с которым не может. Художественная и философская литература говорит о том, что правильное осмысление такой трагичности способствует выверке линии поведения человека в жизни, способствует верификации его поступков в этой жизни. Между тем, именно проблема смысла жизни во взаимосвязи со своей противоположностью - смертью, напрямую касается запросов трансплантологии. В частности, в ас-

пекте прижизненного или посмертного органного донорства.

М.Хайдеггер (1889-1976) призывает "Живи в гармонии мира" и рассуждает так: "мир задан человеку и навязывание ему особых ценностей искажает истину его бытия". Он придавал особую значимость решимости человека и его выбору перед лицом своей конечности, смертности. По его мнению, подлинное предназначение человека заключается в том, чтобы настолько органично вписаться в мир, чтобы стать незаметным. Интерес вызывает и допущения этики экзистенциализма С.Кьеркегора, Н.И.Бердяева, К.Ясперса, Камю и др. "Жизнь человека обладает для него смыслом лишь до, а не после смерти". По их мнению, смертность человека превращает всю жизнь человека в абсурд, уничтожая все институты ценности.

По Камю "так как я умру, то мне все дозволено". Сартр утверждает обратное: "будь до конца своей жизни, даже умирая, свободным и ответственным в изобретении и осуществлении ценностей". Этот оптимистичный довод способствует становлению и развитию трансплантологии, ибо, настраивает человека к достойной смерти и достойному своему "продолжению" после своей смерти. В этом плане, интересная попытка сопоставить опыт реанимационной медицины с трудами христианских богословов и ученых-естественников предпринята в работе П.Калиновского.

Жить для того, "чтобы увеличился смысл существования людей", "жизнь может быть оправдана лишь как нравственный феномен" (Ф.М.Достоевский, Л.Н.Толстой, Платонов и др.) - такова нравственная максима человечества. Всем известно, что художественная литература, отражающая суть человека в разных ипостасях, учит нас размышлять о том, что умереть можно в любой момент, а потому нужно спешить жить, подчеркивая важность настоящего "живи сегодняшним днем", "живи, так как будто проживаешь последний день", "от жизни нужно брать все" и пр.

Исследователи проблемы "жизнь-смерть" подчеркивают два взаимосвязанных момента, а именно беспокойство о неисполненных обязательствах и страх смерти. Следует согласится с тем, что одна из главных причин, порождающих страх смерти у людей - это чувство неисполненного долга, осознание о неблаговидных делах, совершенных ими при жизни. Другая причина - это привязанность к телу, к вещам и чувственным удовольствиям. К.Ясперс пишет о том, что "Пока есть страх - у человека есть шанс выстоять, и реальность этого шанса зависит от того, как человек преодолеть свой страх". По его мнению, "страх - основа надежд".

Выводы. Смысложизненная парадигма имеет место во всех течениях и направлениях философской мысли. Однако, никогда еще человек, думающий о смысле жизни, не исходил из осмысления возможности использование его органов после собственной смерти и, такого "продолжения" своего "Я" после окончания жизненного пути. В этом аспекте, дальнейшее развитие человека и общества требует появления в смысложизненном векторе общей составляющей, детерминированной социальными и этическими новациями, вызванными требованиями трансплантационной практики.

ПРОБЛЕМЫ ЭТИКИ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

(грани философской рефлексии)

Ж.И. Ашимова*, Г.Ж. Бектурова**
БГУ им. К. Карасаева, КГНУ им. Ж. Баласагына*, Бишкек, Кыргызская Республика*

Резюме: Необходимо восстановить равновесие права и нравственности, как единственного способа разрешения сущностных противоречий морально-этического и методологического характера в трансплантологии.
Ключевые слова: Этика, право, нравственность, ответственность, трансплантология.

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯДАГЫ ЭТИКАЛЫК МАСЕЛЕЛЕРДИН ЖООПКЕРЧИЛИГИ

(философия рефлекснин чеги)

Ж.И. Ашимова, Г.Ж. Бектурова
К. Карасаев атындагы Бишкек Гуманитардык Университети, Ж. Баласагын атындагы Кыргыз Улуттук Университети. Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: укук жана нравалык те? салмактуулукту калыбына келтирүү үчүн трансплантология тармагындагы моралдык, этикалык жана методологиялык карама-каршылыктарды чечүү керек.
Негизги сөздөр: этика, укук, нравалык, жоопкерчилик, трансплантология.

THE PROBLEMS OF LIFE'S ETHICS IN TRANSPLANTOLOGY

(borders of phylosophic reflexcion)

J.I. Ashimova, G.J. Bekturova
(BHU named K. Karasaev, KNU named J. Balasagyn, Bishkek, Kyrgyz Republik)

Resume: Further development of human being and society requires the appearing in vital sense vector the common component, determined by social and ethical novations caused by the requirment of transplantological practice.
Key words: ethics, sense of life, transplantology.

Введение. Проблемы ответственности, соотношения и взаимосвязи нравственности и права приобрели в настоящее время особую остроту и значимость в связи с развитием трансплантологии. В вопросах ответственности в настоящее время акцентуированы идеи равновесия как синтезирующий принцип права и нравственности в проблемах трансплантологии. В этой связи, есть настоятельная необходимость в интерпретации темы ответственности "ты должен / ты не должен", с тем, чтобы определить "пределы ответственности" в трансплантологии. Нам представляется важным осмыслить указанные феномены в конкретном приложении к вызовам трансплантологии.

Цель. Философская рефлексия проблемы ответственности в конкретном приложении к вызовам трансплантологии, в ракурсе этики трансплантологии.

Философские допущения и обсуждения. По мысли философов, разыскиваемая этика должна соответствовать новым устремлениям трансплантологии, учитывать отдаленные трудно предсказуемые результаты, быть ориентированной на сохранение нравственности в этой сфере медицины и здравоохранения. Между тем, возникшая в философии идея новой концепции ответственности трансплантологии вообще не тематизирована в исследовательской литературе как целостная программа. Множественность

подходов и позиций в концепции ответственности в медицинской сфере деятельности создают впечатление случайности и спонтанности заявленной темы. Возможно ли вообще создать устойчивую этическую концепцию по отношению к столь быстро развиваемую и авангардную науку, каковым является трансплантология?

Находим нужным сделать некоторые пояснения и определения. Ответственность - субъективная обязанность отвечать за поступки и действия, а также их последствия. Ответственность включает в себя личную подотчетность и способность действовать в рамках этических норм на благо себя и окружающих. Термин "ответственность" впервые ввел в научный оборот А. Бэн, трактовавший ее в плане "наказуемости". Долгое время проблема ответственности была преимущественно предметом внимания правоведов именно в этом аспекте. Прежде всего, интересен вопрос топологии проблемы ответственности в философии медицины, развитие в ней основных аспектов концепции ответственности. Решающую роль в актуализации ответственности сыграла внедрение в медицинскую практику пересадка органов и, как это не парадоксально, ее "проклятые" вопросы.

Ответственность в истории этической мысли рассматривалась как реляционное понятие, приобретая морально-нравственное значение только в соотнесении с другими этическими категориями, имеющими более высокий философский статус, такими как свобода: свобода воли, свобода действия, вменения и вины. Так, в этике Аристотеля анализ понятия ответственности связан с исследованием нравственности как добродетели, которая предполагает в индивиде чувство собственного достоинства и гордости.

Аристотель различает действие по неведению от действия в неведении, что дает основание эксплицировать идею ответственности в данной философии, в рамках которой был фактически поставлен вопрос об ответственности за поступки, совершенные в силу незнания. Аристотель задает сущность понятия ответственности, когда утверждает, что самый лучший человек не тот, кто поступает сообразно с добродетелью по отношению к себе, а тот, кто поступает так по отношению к другим.

В качестве следующего этапа актуализации ответственности следует отметить моральную философию И.Канта, где понятие ответственности основано на представлении о достоинстве человеческой личности, ее уважении и отношении к ней, как автономному бытию. Кант один из первых философов, который использовал термины "ответственность" и "ответственный", где главной инстанцией выступил разум как основание абсолютного посредством нравственного закона. По Л. Витгенштейну "При установлении этического закона, имеющего формулу "ты должен…", сразу же приходит в голову: а что если я этого не сделаю? По его мнению, предложение "Ты должен…" лишено фактуальной основы и к тому же остается без последствий. Кстати, это касается основных положений Клятвы Гиппократа, который построен на языке "Ты должен…".

Долг это принуждение субъекта закона, и в этом принуждении на стороне конституируется сознание внутреннего судилища, которое наблюдает за ним, исходя из уважения к абсолютному нравственному закону. Тем не менее, в абсолютистской этике И. Канта последствиям поступков не придается какого-либо значения, здесь личность ответственна только за мотивы совершенных поступков. В качестве же темы специального исследования ответственность возникает только в конце XIX века, в связи с работой французского философа Л. Леви-Брюля "Идея ответственности". Данный труд положил начало ее философской интерпретации, где Л. Леви-Брюль проводит анализ данного понятия, начиная от античности и до конца XIX века, и обнаруживает, что ответственность сама по себе никогда не становилась предметом анализа. М.Вебер не отождествлял этику убеждения с безответственностью, а этику ответственности с беспринципностью. В обоих типах этики ответственность фиксируется разными способами. В рамках этики ответственности основной акцент делается на предвидимые последствия действий.

Опыт показывает, в странах, где принята презумпция согласия, получение донорских органов облегчено по сравнению со странами, опирающимся на презумпцию несогласия. Недостаток системы, базирующейся на презумпции согласия, заключается в том, что люди, неосведомленные о существовании такой нормы, автоматически попадают в разряд согласных. Чтобы избежать этого, в некоторых странах отказ высту-

пать в качестве донора фиксируется в особом документе - "карточке не донора", которую человек должен постоянно иметь при себе. В связи с такой ситуацией возникает неопределенность такого характера. Поскольку законодательство не обязывает медиков устанавливать контакт с родственниками умершего и выяснять их мнение относительно изъятия органов (хотя закон и наделяет их таким правом), то фактически родственникам не представляется возможности принять участие в решении вопроса. В этой ситуации, к сожалению, сами медики оказываются в щекотливом положении, ибо, родственники и близкие, узнавшие об изъятии органов ex mortuo без их согласия могут привлечь медиков к судебной ответственности за нарушение прав доноров "с бьющимся сердцем" и доноров "с небьющимся сердцем".

В этике убеждения ответственность ограничивается внутренней жизнью действующей личности. Однако в философии техники тема ответственности получила новое звучание, которое вызвано изменившимся под воздействием техники характером деятельности, приобретшей черты анонимности и коллективности. Веберовская этика ответственности, хотя и обращается к проблеме последствий, в целом всё же ориентирована на их краткосрочный эффект. В постоянно изменяющихся условиях техногенной цивилизации, когда последствия действий приобретают глобальный масштаб как в пространстве, так и во времени, их необратимый и кумулятивный характер ставит вопрос о расширении сферы ответственности, о переосмыслении ее прежнего содержания.

Основанием для ответственного поведения согласно, М.Бахтину, является то, что каждый человек занимает единое и единственное место в бытии. Человек рассматривается им как уникальная точка, которую никто не может в каждый конкретный момент заменить. Ответственность, как определяющий мотив человеческой деятельности, направленный на сохранение жизни, обладающей безусловной ценностью, представлен в этике А. Швейцера. К числу философов, ставящих под сомнение тему ответственности, следует отнести деконструктивиста Ж. Деррида, для которого ответственность это бесконечная рациональная дилемма "ты должен / ты не должен", противостоящая тайне страстей, там "где требуется ответ и ответственность, право на тайну становится условным".

В настоящее время процесс выбора донора по действующему "листу ожидания" осуществляют с помощью компьютерной программы. Отобранные в трансплантационную программу реципиенты включаются в соответствующий "лист ожидания" не только на региональном, но и на межрегиональном и государственном и межгосударственном уровнях. Они получают равные права в пределах этих уровней, включая и обмен донорскими трансплантатами между трансплантационными центрами. Между тем, сказанное является лишь выражением желаемого. Проблема заключается в том, что, компьютерная программа, призванная максимально справедливо распределять дефицитный человеческий материал, создается человеком, который закладывает в компьютер определенные критерии, на основе которых осуществляется отбор донорского материала, определяется соответствие "донор-реципиент", подыскивается подходящий реципиент. По сути, мы передоверяем компьютеру решение вопроса "кому жить / кому умереть". По мнению многих ученых, жесткая и однозначная логика ЭВМ смертельно опасна для морального сознания, отличающейся особой эластичностью, пластикой, интуицией, эмоциональностью, спонтанностью.

Большой вклад в развитии идеи равновесия права и нравственности сделал А.С.Ященко. Его точку зрения следует квалифицировать как синтез трех начал: право, нравственности и религии. Основная тема его философии права - проблема соотношения и синтеза нравственности, права и религии, стала одной из ключевых проблем теоретико-правовых и этико-прикладных исследований. Автор выдвигает ряд аргументов, подчеркивая, что дуализм в праве приводит к тому, что право теряет свои качественные характеристики, растворяясь в морали:

- Аргумент "несоответствия общих и личных императивов".

Вследствие этого несоответствия императивов, обращенных ко всем и каждому, и императивов, обращенных к каждому в отдельности, нельзя построить справедливости. В этой связи встает вопрос об абстрактности идеи долженствования, связанной с ее универсальностью и общеобязательностью в кантовской теории. С

точки зрения философа такое обоснование автономной этики И.Канта не способно решить задачи гармонии личного и общего.

- Аргумент недостаточности априорно-метафизического обоснования морали и необходимости его дополнения эмпирическим содержанием. Полное осуществление морального закона неизбежно ведет к осуществлению высшего блага, в котором (по И. Канту) неизбежно слияние добродетели и счастья. Поэтому, по мнению А.С. Ященко, невозможно вывести принцип деятельности для воли чисто умозрительно, отвлекшись от всякого эмпирического содержания.

- Аргумент критики недостаточность оснований автономного обоснования морали. А.С. Ященко считает, что основной принцип кантовской этики не выдерживает критики простого здравого смысла: почему человеческая воля, находя свои законы только в себе, должна определяться исключительным уважением к нравственному долгу? В чем окончательное внутреннее или внешнее основание самого нравственного требования?

А.С. Ященко подчеркивает, что лишение права властных санкций и полномочий есть "субъективный произвол под покровом естественного права". С его точки зрения право тесно связано с моралью, однако имеет свои специфические черты, оно не может выступать как дополнение к морали, это - самостоятельная сфера социальной регуляции и общественной жизни.

Надо отметить тот факт, что вышеприведенные постулаты не раз повергались сомнению. Н.М. Амосов (1968) писал: "...рушится мистическое "божественное" представление об абсолютной ценности жизни. Она бесценна лишь потому, что психологически необходима для общества, для отношений между людьми, потому что эти представления базируются на одном из главных инстинктов - инстинкта самосохранения. Жалость восстает против убийства животных, но люди к этому привыкли и оправдывают необходимостью".

Субъективный подход в понимании права, который характерен для психологической теории Л.А. Петражицкого, представляет собой "обычное право, ... которое приближается к нравственности". По его мнению, право руководствуется ценностными идеологическими перспективами и идеалами. Он подчеркивает важность целостного подхода к пониманию права в их исторической перспективе, как одну из ступеней реализации цели человеческого существования.

Н.М. Амосов возражает против основного требования Гиппократа "не вреди!" и утверждает, что "активность медицины, особенно хирургии, возросла и нормы допустимого расширились", отсюда он делает вывод о том, что "нормы гуманизма понятие относительное", а принцип "Не навреди!", свидетельствует о пассивности врачей. По его мнению, более жизнеутверждающим принципом врачевания должен быть призыв "Постарайся помочь обреченному!". Возможно, именно этот принцип должен быть положен в основу трансплантационной деятельности. Однако, в отличие от авторского утверждения "нормы гуманизма - понятия относительные", надо четко придерживаться принципов абсолютной ценности жизни и прав человека. Безусловно, подобные положения не могут быть приемлемыми для правового государства. Позиция о том, что необходимость все оправдывает и, что нет абсолютной ценности жизни, противоречит убеждениям прогрессивных людей, которые считают, что решение всех вопросов права, в том числе трансплантологического, должно иметь в своей основе незыблемые для нашего общества принципы гуманизма и охраны человека. Именно исходя из этих соображений были внесены дополнения о том, что "Интересы и благо человека превалируют над интересами общества или науки", что соответствует статье вышеназванной международной конвенции.

Необходимо твердо помнить категорический императив И.Канта, как философское переосмысление золотого правила нравственности: "если вы вправе совершать тот или иной поступок, значить и другие вправе поступать также. Если же другие не имеют морального права вести себя каким-то образом, то же самое можно сказать о вас". На наш взгляд, эта максима должна быть основой для становления и развития трансплантологии и международной кооперации в этой сфере деятельности. Следует согласится с доводами о том, что превосходство одного элемента перед другим, по мнению автора, может привести либо к растворению индивидуального в общественном, либо к торжеству личной власти, что в обоих случаях приводит к

хаосу, нарушению жизненного и социального порядка.

Право по своему содержанию тесно связано с моралью. Мораль, так же, как и право, является структурным элементом общественной системы. При "правильном понимании природы права все элементы должны войти в систему в одинаковой пропорции, чтобы получить органическое равновесие". В современной теоретической юриспруденции господствует мнение, что "области права и нравственности различны". Такое положение выдвигали в свое время представители субъективно-индивидуалистическую теорию права И. Кант, И. Фихте, В.С. Соловьев, Г. Иеринг, а также представители объективно-утилитарной теории - Г. Гегель, Дюга, Э. Дюркгейм и др.

Анализ показывает, что главным и определяющим побудительным мотивом в обеспечении получения органов для пересадки остается благородное стремление помочь другим. Хотя, несмотря на альтруизм проблема получения достаточного для трансплантации количества органов и тканей на основе добровольности в настоящее время не решена. Считая, что нравственная деятельность, не ограничена сферой внутренних субъективных настроений, а выходит за пределы личной жизни, требуя действительного осуществления нравственных целей, в силу чего и обусловлена существованием общества. В силу этого задача этики, по его мнению, сводится к определению условий такого нормального общества.

Следует отметить, что идея синтеза права, нравственности и религии как необходимой предпосылки гетерономно-синтетического построения этики развивается в контексте теократического идеала В.С.Соловьева, выдвигая следующие положения: - задача государства, имеющего религиозное основание, заключается в служении порядку нравственному, основывающемуся на взаимной солидарности или единодушию; - государство перестает быть только юридическим лицом и приобретает не только относительный, формально-юридический, но и абсолютный религиозно-нравственный статус; - государство есть лишь внешнее равновесие. Высший же идеал

заключается в свободной, внутренней, нравственной взаимности живых сил общества.

Согласно теории общественного договора, мы заключаем соглашение с другими людьми лишь для того, чтобы содействовать продвижению собственных интересов. Отсюда вытекает следствие, нет никакого смысла заключать соглашение с тем, кто не вписывается в рамки этих условий. Как утверждает данная теория, договор определяет объем и границы нашей нравственности. Следовательно, те люди, на которых не распространяется данное соглашение - безнравственны. Между тем, сюда могут входить младенцы, дети, старики, инвалиды. Возникает вопрос: можно ли поступать в отношении их безнравственно, так как у вас нет обязательства перед ними? Конечно же нет, следовательно, нравственность, опирающейся на общественное соглашение - это ложная нравственность.

Удостоверение донора включает прокламацию о благородной цели донорства для спасения жизни больного человека, а также карточку донора, где помимо паспортных данных есть такое заключение: "В случае моей смерти прошу известить координационный центр по телефону". Конечно, индивидуум в случае изменения своего решения может просто уничтожить это удостоверение.

Резюмируя вышесказанное, следует признать: если мы допускаем посягательство на телесную неприкосновенность умершего в этих случаях, то нет оснований, чтобы не считать допустимым посягательство на телесную неприкосновенность, мотивированную интересами спасения жизни другого человека. Казалось бы, что приведенные выше доводы должны покрыть все нерешенные вопросы. Вместе с тем, условия и сам процесс получения согласия на изъятие органов по-прежнему остается во многих странах, включая КР, главным фактором, сдерживающим увеличение количества доноров и, соответственно, необходимых для трансплантации органов.

На наш взгляд, приемлемым являются следующие "пределы ответственности": во-первых, если дал письменное согласие при жизни на изъятие органов и (или) тканей для трансплантации после его смерти, то в таком случае никакое несогласие родственника (супруга/ги, ребёнка, родителя, брата, сестры) умершего не имеет значения, и изъятие органов и (или) тканей допускается в любом случае; во-вторых, если сде-

лал письменное заявление при жизни о своём несогласии на изъятие органов и (или) тканей, то после его смерти, даже при наличии согласия одного из его родственников (супруги/га, ребёнка, родителя, брата, сестры) на данную операцию, запрещается изъятие органов с целью трансплантации; в-третьих, если не оставил после себя родственников (супругу/га, ребёнка, родителя, брата, сестру), то в таком случае изъятие органов и (или) тканей не допускается, так как считается, что некому позаботиться о правах мёртвого.

Трансплантационная этика испытывает громадное воздействие институтов права, так как ориентируется на принятие кризисных решений: с одной стороны, осознанная необходимость спасти во чтобы то ни стало жизнь больного, а с другой - осознанное право распоряжаться телами пациентов, преследуя при этом благо для первого и нисколько не заботясь о благе другого.

Разделение целостности морального поведения, наличие перекрестной идентичности современного человека, как потребителя (в нашем случае реципиента, тело, взятое в аспекте вседозволенности и пр.) и производителя (в нашем примере донор, тело инструментализируемое в процессе деятельности, в рамках которой происходит "сублимация" телесных желаний, их отчуждение в сферу трансплантации), не способствует системному становлению и развитию трансплантологии.

Выводы. Необходимо восстановить равновесие права и нравственности, как единственного способа разрешения сущностных противоречий морально-этического и методологического характера. Основная концепция этики трансплантологии - не допустить "трансформацию" морально-этических понятий в трансплантологии в виде отрицания моральных норм или соглашательства с новыми приоритетами, так как возникнет опасная тенденция, отдающая приоритет "частному интересу и пользе" перед "универсальным благом".

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ибрагимова Т.М., Леонтьева Н.С., Калиев Р.Р.
Национальный Центр Кардиологии и Терапии имени академика М.М.Миррахимова, Кафедра "Терапии общей практики с курсом семейной медицины имени М.М.Миррахимова, КГМА"

Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной заболеваемости и летальности больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН). К числу потенциально обратимых изменений сердца у больных с заболеваниями почек относится гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ). Для изучения ГЛЖ у больных хроническим гломерулонефритом (ХГН), как с сохранной функцией, так и на разных стадиях ХПН, нами обследовано 60 пациентов в возрасте 39,58±2,17 лет, страдающих ХГН. Всем пациентам проводили электрокардиографию, эхокардиографию, оценивали уровни креатинина сыворотки крови (КСК) и клиренс креатинина (КК). Больные были разделены на 3 группы в зависимости от уровня креатинина сыворотки крови:

- в 1-ю группу вошли 19 человек, страдающих ХГН без ХПН
- во 2-ю группу - 16 пациентов ХГН с ХПН I-II стадии
- в 3-ю группу - 25 больных ХГН с ХПН III стадии.

Результаты исследования отражены в таблице

Показатель	**1 гр., n=19**	**2 гр., n=16**	**3 гр., n=25**	$P_{1-2}<$	$P_{1-3}<$	$P_{2-3}<$
КСК (ммоль/л)	82,11±3,56	192,52±25,54	848,32±82,56	0,001	0,001	0,001
КК (мл/мин)	101,04±5,3	49,28±4,25	18,77±4,41	0,001	0,001	0,001
Индекс массы миокарда ЛЖ, г/м^2	121,4±7,53	132,32±9,57	147,91±9,39	нд	0,05	нд
ГЛЖ, %	36,84%	56,25%	64%	нд	нд	нд

Выявлено, что у больных с гипертонической формой ХГН отмечалась высокая частота ГЛЖ, нарастающая в процессе прогрессирующего снижения функции почек.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ИММУНОГЕНЕЗА ПРИ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА К КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ВЫСОКОГОРЬЯ.

Кадыралиев Т. К., Тулекеев Т. М., Райымбеков Ж. К.
Межотраслевой учебно-научный центр биомедицинских исследований КГМА. Кыргызстан, Бишкек.

Известно, что иммунная система является одной из важнейших гомеостатических систем организма и участвует во всех адаптационных процессах. В связи с этим изучение клеточного состава лимфатических узлов, тимуса, селезенки для выявления изменений происходящих в экстремальных условиях высокогорья представляется актуальным (Китаев М. И., 1981; Китаев М. И, Собуров К., 2006).

Цель исследования. Изучить и выявить структурные изменения в органах иммуногенеза при адаптации к условиям высокогорья.

Объекты и методы исследования. Объектом исследования служили 25 беспородных крыс, контрольную группу составили 5 беспородных крыс, самцы весом 140-220 гр.

С применением гистологических, морфологических, электронно-микроскопических методов исследования изучены клеточный состав фолликулов, мякотных тяжей лимфатических узлов, белой пульпы селезенки, коркового и мозгового вещества тимуса на 3, 7, 15, 30, 42 сутки адаптации.

Результаты исследования. При изучении клеточного состава коркового плато лимфатических узлов на 3, 7, 15 сутки адаптации отмечается уменьшение количества как зрелых, так и незрелых ретикулярных клеток. Тенденция к снижению в эти сроки отмечалось и в количестве лимфобластов, больших и малых лимфоцитов. В более поздние сроки адаптации на 30, 42 сутки наоборот имелась тенденция к увеличению малых, средних, больших лимфоцитов и лимфобластов. Количество ретикулярных клеток оставалось на уровне контроля. В фолликулах различия клеточного состава были более существенны, чем в корковом плато.

Содержание лимфобластов и больших лимфоцитов на 3, 7 сутки адаптации снижается, в более поздние сроки (15, 30, 42 сутки) адаптации увеличивается количество лимфобластов, больших, средних и малых лимфоцитов. Содержание ретикулярных клеток и макрофагов повышалось на 30, 42 сутки адаптации.

В селезенке в начальные сроки адаптации отмечалось расширения синусов, заполненных эритроцитами, лейкоцитами и моноцитами. Вокруг центральной артерии селезенки содержатся преимущественно лимфоциты малых размеров с темными плотными ядрами. Периферические участки фолликулов содержат более крупные клетки со светлыми ядрами и единичными митозами.

В более поздние сроки (30 42 сутки) адаптации увеличивается размеры лимфоидных фолликулов, диаметры центральных артерий. Расширяются периартериальные зоны, соответствующих Т-клеточным зонам органа.

Существенные изменения происходят в структуре тимуса. В первые сутки (3, 7) адаптации отмечаются расширения зоны мозгового вещества в большинстве долек тимуса. В 30-42 сутки увеличивается количество тимических телец в дольках тимуса.

При электронно-микроскопическом исследовании в лимфобластах и Т-лимфоцитах отмечается увеличение структур гранулярного эндоплазматического ретикулума, рибосом и митохондрий.

Таким образом, адаптация к высокогорной гипоксии сопровождается увеличением количества лимфобластов, больших, средних и малых лимфоцитов в фолликулах лимфатических узлов и селезенки, также активизацией коркового вещества тимуса.

Можно предположить что, адаптация организма к условиям высокогорья направлена на сохранение иммунологического гомеостаза.

АПАРКУЛЬ ШАРШЕЕВНЕ КУРУМШИЕВОЙ - 60 ЛЕТ.

Доцент Апаркуль Шаршеевна Курумшиева родилась 9 сентября 1950 года в с. Кызыл-Туу Московского района Кыргызстана.

В 1968 году она поступает в Кыргызский государственный медицинский институт (КГМИ), который с отличием заканчивает в 1974 году. Затем обучается в клинической ординатуре по внутренним болезням при кафедре госпитальной терапии КГМИ, которой заведовали сначала известный гастроэнтеролог, к.м.н., доцент Б.И.Ахунбаева, а затем к.м.н., доцент А.У.Айткулова. Именно у этих выдающихся представителей клинической медицины страны Курумшиева А.Ш. постигала азы лечебной, педагогической и научной работы, прошла школу внутренней медицины и заинтересовалась гастроэнтерологией.

После окончания ординатуры, с 1976 по 1979гг. она заведовала городским гастроэнтерологическим отделением ГКБ №2 г.Фрунзе (ныне г.Бишкек), проводила большую работу по оказанию помощи больным гастроэнтерологического профиля. Внедрила ряд новых методов диагностики и лечения гастроэнтерологических больных, в том числе фиброэзофагогастродуоденоскопию, изучение кишечного сока, фракционное дуоденальное зондирование, применение при язвенной болезни желудка оксипневмоперитонеума, Н2-блокаторов и др.

С 1979г. по 1982г., пройдя по конкурсу, работала ассистентом кафедры госпитальной терапии КГМИ и проявила как педагогические, так и клинические способности и интерес к научной работе, в связи с чем была направлена в целевую аспирантуру.

В 1982 г она поступает в целевую аспирантуру I-го Ленинградского медицинского института им. И.П.Павлова. Руководителями научной работы Курумшиевой А.Ш. были известные ученые с мировым именем - профессор, ныне чл.-корр. РАН, известный нефролог, директор НИИ нефрологии в г. Санкт-Петербург, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней I Ленинградского, ныне Санкт-Петербургского, медицинского института им. И.П.Павлова Сергей Иванович Рябов, а также д.м.н., профессор, известный в мире ученый в области биоритмологии, зав.кафедрой микробиологии I Ленинградского медицинского института им. И.П.Павлова Георгий Сильвестрович Катинас. В диссертационной работе Курумшиевой А.Ш. впервые были комплексно изучены биологические ритмы основных функций почек при различных формах гломерулонефрита и их изменения при развитии почечной недостаточности. Работа, выполненная под руководством этих выдающихся ученых, внесла большой вклад в развитие клинической хронобиологии и имела важное значение для оценки механизмов развития и прогрессирования почечной недостаточности. В 1985 году А.Ш.Курумшиева досрочно защитила кандидатскую диссертацию на тему "Биологические ритмы парциальных функций почек больных гломерулонефритом в динамике развития почечной недостаточности". До сих пор эта работа является единственной в этой области.

После окончания аспирантуры Курумшиева А.Ш. возвратилась на кафедру и до 1995г. работала ассистентом, а с 1995г. и по настоящее время является доцентом кафедры госпитальной терапии, профпатологии, с курсом гематологии КГМА, выполняя также обязанности завуча, ответственного за всю учебно-методическую работу кафедры.

Опытный педагог, она читает лекции и преподает студентам 3-5 курсов КГМА по всем разделам внутренних болезней, используя современные методы обучения. Увлеченная своим предметом и считая его основой всей клинической медицины, она отдает много сил тому, чтобы студенты также заинтересовались им. Как отмечают сами студенты, А.Ш.Курумшиева является очень строгим и принципиальным, но в тоже время, объективным и справедливым преподавателем. Лучшим подтверждением этого могут

быть слова студентки Наргизы Ормонбековой, которая написала в юбилейном номере газеты КГМА "Дарыгер" следующие проникновенные слова: ".... Из числа многих прекрасных преподавателей Курумшиеву Апаркуль Шаршеевну хочу отметить особо, потому что на ее занятиях я забываю обо всем, кроме госпитальной терапии. Она настолько интересно и доступно объясняет свой предмет, что сложные нюансы становятся элементарными. На мой взгляд, это говорит о большом опыте врача-профессионала и талантливого преподавателя. У таких людей, как Курумшиева А.Ш. с удовольствием перенимаешь не только знания и навыки, но и жизненный опыт, человеческие качества...".

Курумшиева А.Ш. уделяет много внимания учебно-методической работе, она является разработчиком многих учебных программ по внутренним болезням, участником разработки интегрированной (модульной) системы обучения в КГМА, Государственного образовательного стандарта нового поколения по специальности "Врач общей практики" и других программных документов медицинского образования. Очень важно, что она постоянно передает свои знания и опыт в учебно-методической работе молодым преподавателям кафедры. В целом, в течение многих лет А.Ш.Курумшиева является "двигателем" учебно-методической работы кафедры, являясь первым помощником заведующих кафедр, известных ученых, профессоров Е.В.Бененсона (1983-89гг), А.Р-.Раимжанова (1989-2000гг), Н.Н.Бримкулова (с 2000 года) и помогая всем другим сотрудникам кафедры, особенно молодым.

Наряду с основной педагогической деятельностью, А.Ш.Курумшиева известна как опытный врач-клиницист широкого профиля, которая внесла и вносит большой вклад в развитие нефрологической службы г.Бишкек. Она приняла активное участие в организации в 1979г. городской специализированной нефрологической службы. При ее непосредственном участии впервые в г. Фрунзе было открыто городское нефрологическое отделение при ГКБ №2, а затем, в 1995г., при ГКБ №1 (в последующем - в 2004г. - оно переведено в Национальный госпиталь). Являясь постоянным консультантом этих отделений, Курумшиева А.Ш. внедряла современные методы обследования, лечения и диспансеризации нефрологических больных. И в настоящее время, как один из наиболее высококвалифицированных специалистов-нефрологов республики, она постоянно консультирует больных. Как активный член Ассоциации врачей по внутренней медицине, она избрана членом ревизионной комиссии АВВМ. Свой клинический опыт она передает врачам, часто выступая с докладами на клинических и научно-практических конференциях.

Помимо педагогической и лечебно-диагностической деятельности, А.Ш.Курумшиева успешно участвует в выполнении научно-исследовательской работы на кафедре, является ответственной за разработку и внедрение обучающих программ для пациентов с заболеваниями внутренних органов. Ею опубликовано свыше 65 научных работ и методических рекомендаций для студентов, клинических ординаторов и врачей.

Выполняет общественную работу: является завучем кафедры, членом факультетского Ученого Совета, многие годы была членом цикловой методической комиссии по терапевтическим дисциплинам (ЦМК КГМА), участником комиссий по аттестации выпускников и клинических ординаторов. Награждена значком "Саламаттык сактоо ардагери", Почетной грамотой МЗ КР и МОН, имеет благодарности со стороны администрации КГМА.

С мужем, известным хирургом и преподавателем, кандидатом медицинских наук, доцентом кафедры госпитальной хирургии КГМА Тойгонбаевым Абдырахманом они воспитали прекрасную дочь Асель, которая тоже пошла по стопам родителей и в настоящее время успешно заканчивает клиническую ординатуру по акушерству и гинекологии.

Врач высшей категории, доцент Курумшиева А.Ш. пользуется уважением коллег, студентов, врачей и пациентов. Руководство Кыргызской государственной медицинской академии и сотрудники кафедры госпитальной терапии, профпатологии с циклом гематологии, члены Ассоциации врачей по внутренней медицине КР поздравляют юбиляра и желают ей крепкого здоровья и семейного счастья, дальнейших успехов в педагогической, лечебной и научной работе.

Доцент А.Ш.Курумшиева и сотрудники кафедры госпитальной терапии, профпатологии с циклом гематологии у памятника И.К.Ахунбаеву в дни 70-летнего юбилея КГМА

ПАМЯТИ АСЫЛБЕКА АЙДАРБЕКОВИЧА БУРАБАЕВА

В этом году исполнилось бы 60 лет замечательному педагогу, необыкновенно интеллигентному и демократичному человеку, заведующему кафедрой внутренних болезней КГМИ переподготовки и повышения квалификации, кандидату медицинских наук, доценту Асылбеку Айдарбековичу Бурабаеву, безвременно ушедшему из жизни после тяжелой болезни в 2005 году.

Бурабаев А.А. родился 27 апреля 1950 года в с.Уч-Кайнар Ак-Суйского района Иссык-Кульской области. Закончив школу в г.Рыбачье, он поступает на лечебный факультет Киргизского государственного медицинского института. Уже в институте он проявил себя пытливым и добросовестным студентом, творчески и ответственно подходя к учебе. За честность и справедливость, способность находить выход из трудных ситуаций он имел непререкаемый авторитет среди товарищей и друзей. Как староста группы, он постоянно помогал сокурсникам в решении сложных проблем. За отличную учебу и активное участие в общественной жизни института, будучи студентом 5 курса, он в 1972 году сначала был удостоен стипендии ЦК ЛКСМ Киргизии, а в последующем получал Ленинскую стипендию.

В свободное от учебы время одним из любых занятий Асылбека был спорт. Он прекрасно играл в баскетбол, футбол и гандбол. Но наиболее заметными были успехи в сборной команде КГМИ по волейболу, где он, как разыгрывающий игрок, обеспечивал яркую победу коллектива на разных уровнях. Активное участие принял он и в деятельности студенческих строительных отрядов, причем не только в Кыргызстане, но и в далекой Якутии. Все годы учебы он был гордостью мединститута, который в 1974 году успешно, с отличием закончил.

После окончания КГМИ он поступает в клиническую ординатуру по специальности "Внутренние болезни" при кафедре факультетской терапии №2. На этой кафедре под руководством известного клинициста, заслуженного врача Кыргызской Республики, профессора, заведующей кафедрой Джидеш Ногойбаевны Истамбековой он совершенствует навыки диагностики и лечения внутренних болезней, изучает новые методы лабораторных и функциональных исследований пациентов и проявляет интерес к научной работе.

Именно поэтому, в последующем Асылбек Бурабаев поступает в аспирантуру и под руководством проф. Д.Н.Истамбековой, внесшей большой вклад в изучение болезней органов дыхания в условиях высокогорья, проводит научные исследования, посвященные особенностям течения, диагностики и лечения острых пневмоний у жителей высокогорья. Для этого он осваивает новейшие для того времени методы исследования функции внешнего дыхания (спирография, пульсоксиметрия) и кардиогемодинамики (фазовый анализ сердечной деятельности методом поликардиографии, реография легких, красочный метод оценки гемодинамики и другие) и проводит обследование пациентов пневмонией не только в г.Фрунзе, но и в экспедиционных условиях в Нарынской области. Пытливый исследователь, вдумчивый и внимательный клиницист, А.Бурабаев не только описал клинические особенности течения пневмонии в горах, но и выявил патологические и компенсаторные реакции систем вентиляции, малого круга кровообращения и системной гемодинамики, объясняющие тяжесть течения этой патологии в условиях высокогорья. Полученные данные легли в основу кандидатской диссертации "Клинико-функциональные особенности острых пневмоний у жителей низкогорья и высокогорья Киргизии", которую он успешно защитил в 1983 году. Диссертационные находки были также использованы при подготовке методических рекомендаций для врачей "Клиника, этиология и лечение острых пневмо-

ний у взрослых в горных условиях", в которых были предложены новые терапевтические подходы, позволившие повысить эффективность лечения пневмонии в условиях высокогорья.

С июня 1981 года он работает ассистентом кафедры внутренних болезней Факультета усовершенствования врачей КГМИ, ведет практические и семинарские занятия с курсантами, читает ряд лекций, при этом постоянно повышая свой профессиональный уровень. Впоследствии, как преподаватель, А.Бурабаев активно использовал новые учебно-методические подходы и технические средства обучения, при проведении лекций, клинических разборов и семинарских занятий постоянно опирался на последние научные публикации. Его лекции и клинические разборы для врачей привлекали не только профессионализмом и эрудицией, но и нравственностью. Тысячи врачей Кыргызстана повысили свою квалификацию, освоили новые методы диагностики и лечения под его руководством. Здесь необходимо подчеркнуть ту требовательность и принципиальность, которую А.Бурабаев предьявлял как к курсантам, так и, в первую очередь, к себе. Возможно, именно как педагог, он реализовался в высшей степени, и, поэтому, начав с ассистента, он впоследствии (в 1992 году) избирается доцентом, а затем и заведующим кафедрой внутренних болезней ФУВ (с 2000 года). Заметной чертой его натуры был демократизм: в руководимом им коллективе всегда царила доброжелательная атмосфера, он всегда приходил на помощь тем, кто обращался за советом.

Наряду с педагогической, А.Бурабаев постоянно ведет большую лечебно-диагностическую работу, внедряет новые методы диагностики и лечения в практику отделений пульмонологии, гастроэнтерологии. Он является инициатором внедрения методики спирографии в ГКБ №6, ГКБ СМП г.Бишкека и в Нарынской областной больнице; методик ЭхоКГ и УЗИ внутренних органов в ГКБ СМП. Он неоднократно выезжал в самые отдаленные районы республики для оказания консультативной и лечебно-организационной помощи, помогая сотням больных своими консультациями и советами, а также передавая свой клинический опыт практическим врачам.

Продолжая практические научные исследования, А.Бурабаев внес значительный вклад в разработку проблем пульмонологии. Всего им опубликовано более 30 научных работ. До настоящего времени представляют интерес его совместные с проф. Д.Н.Истамбековой и соавторами публикации, посвященные достижениям пульмонологии в Киргизии, анализу исходов острой пневмонии и ТЭЛА по материалам ГКБ СМП, печеночному кровотоку при пневмонии и ХОБЛ и др. Если бы не тяжелый недуг, Асылбек Айдарбекович потенциально был в состоянии обобщить результаты многолетнего поиска в области пульмонологии в виде докторской диссертации.

Как человек, болеющий за сотрудников коллектива, он многие годы был профоргом кафедры и членом профкома института. А.Бурабаев активно участвовал в деятельности Республиканского общества терапевтов, был участником 2-го (1988) и 3-го (1995) съездов терапевтов Киргизии, внес немалый вклад в деятельность пульмонологической секции, а затем Кыргызского Респираторного общества при Ассоциации врачей по внутренней медицине. Уже будучи серьезно больным, он, как член оргкомитета, принял участие в работе 2-го Национального конгресса по болезням органов дыхания (Бишкек, 2005).

За свой труд А.А.Бурабаев неоднократно поощрялся администрацией и профкомом института, Республиканским комитетом профсоюза медработников. В 1997 году награжден нагрудным знаком "Отличник здравоохранения".

Он был примерным семьянином и, вместе с женой, врачом, акушер-гинекологом Розой Шамурзаевой они воспитали прекрасных сыновей Кадырбека и Айбека, которые получив высшее образование, трудятся на благо общества.

К сожалению, болезнь очень рано вырвала его из наших рядов: 2 июня 2005 года он скончался от тяжелой болезни. Для всех кто знал Асылбека Бурабаева, он навсегда останется примером верного друга и товарища, настоящего педагога и ученого, истинно порядочного и интеллигентного человека. Память о нем навсегда сохранится в сердцах друзей и благодарных пациентов, курсантов и коллег.

Коллеги и друзья

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.

Фундаментом здравоохранения является медицинская наука, которая требует больших духовных, интеллектуальных, моральных и материальных затрат. В настоящее время стало очевидным, что развитие медицинской науки играет чрезвычайную роль в системе охраны и улучшения здоровья населения, являясь системообразующим фактором, оказывающим существенное влияние на

самые различные аспекты жизни общества.

В системе здравоохранения Кыргызской Республики научный потенциал сосредоточен в 16 ведущих самостоятельных учреждениях и представлен более 800 научными сотрудниками, из них 8 академиков и 6 член -корреспондентов НАН КР, имена и деятельность которых известны далеко за пределами нашей страны, более 130 докторов и 250 кандидатов медицинских наук.

Главный аспект в этой области - это доступность, качество образования, подготовка специалистов, проблема их востребованности и пересмотр самой схемы оказания медицинской помощи. На сегодня основные моменты данного вопроса отражаются:

" В дефиците собственных клинических баз многих медицинских ВУЗов, большинство используют базы муниципальных и государственных больниц на договорных условиях. Сегодня больницы-партнеры перестают быть заинтересованными в использовании их ресурсов ВУЗами. В любой момент договорные отношения могут быть прерваны и кафедры окажутся без клинических баз. Тогда ВУЗы не смогут обеспечить процесс клинического образования студентов, интернов и ординаторов. Катастрофические последствия этого даже трудно себе представить. Очевидно, здесь нужно искать формы социального партнерства. Но существующая правовая база не позволяет развивать сотрудничество в интересах обеих сторон. Возможно, следует законодательно закрепить право ВУЗов пользоваться определенной частью коечного фонда государственных больниц и поликлиник, в целях выполнения задач по подготовке специалистов для системы здравоохранения. Использования ВУЗам больниц находящимся, в ведении органов государственных структур, министерств и ведомств должно закрепиться на взаимовыгодных условиях. Конечно, могут быть приняты и другие решения, но в любом случае потребуются изменения и дополнения в нормативно-правовую базу деятельности высшей медицинской школы.

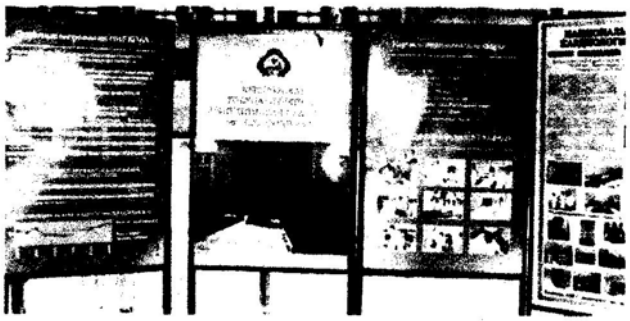
" С другой стороны, ратуя за обеспечение возможности обучения клиническим навыкам, нельзя забывать и о сложностях правового характера, связанных с участием студентов в процессе оказания медицинской помощи. К участию в оказании медицинской помощи гражданам допускать студентов высших и средних медицинских учебных заведений, успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку, имеющие практические навыки, приобретенные на муляжах (фантомах). Сразу же встает проблема обеспеченности наших вузов качественными муляжами и фантомами для отработки навыков. Нужно создавать центры практических навыков, но это очень дорого. К сожалению, отечественный производитель пока не производит современных обучающих фантомов. Сегодня медицинским ВУЗам недостает не только финансирования для оборудования центров практических навыков, но и единой методологии создания подобных центров.

Результативность науки определяется наличием и деятельностью в ее сфере специалистов. Дефицит материальной, технической, правовой базы обуславливает эффект "варения в собственном соку", что отражается в "качестве" научных работ и постепенно наука превращается в "науко-

подобие". На сегодня все внимание научного мира направлено только поиск возможности участия в грантах, однако, и здесь кыргызские ученые, показывают низкую активность.

Научные исследования в области медицины направлены на разработку и внедрение в клиническую практику эффективных методов профилактики, диагностики и лечения, наиболее распространенных в республике социально- значимых заболеваний сердечнососудистой системы и внутренних органов, изучение механизмов адаптации человека к условиям высокогорной гипоксии, решение важнейших проблем материнства и детства, совершенствование противотуберкулезных мероприятий, социально-гигиенический мониторинг, оценку рекреационных ресурсов республики, их состояния и использования.

В связи с существующими проблемами назрела насущная потребность в принятии кардинальных мер для начала процесса модернизации медицинской науки на основе внедрения системы инновационного менеджмента, обеспечивающая интеграцию в международное исследовательское пространство и повышение конкурентоспособности научных исследований.



Для реализации этой цели необходимо новые приоритетные направления развития медицинского образования такие как:

- Повышение эффективности научной деятельности;
- Повышение качества подготовки специалистов и научных кадров, путем стажировок в центрах ближнего и дальнего зарубежья;
- Сохранение академической автономии медицинских вузов;
- Создание современной образовательной среды;
- Стимулировать приток молодежи, повышать престиж занятости в науке;
- Увеличить финансирование, направленное на укрепление материально-технической базы организаций, поддержание научной инфраструктуры и инновационной деятельности в медицинской науке;
- Сохранение и развитие лучших традиций

отечественных научных медицинских школ;
- Укрепление и модернизация материально-технической базы медицинских ВУЗов, в частности, клинической базы;
- Повышение роли Научно-исследовательских работ и науки в образовательном процессе, поощрять программы с международным участием, а также межотраслевые проекты, в качества примера интеграции академической и вузовской науки можно привести функционирование Межотраслевого учебно-научного центра биомедицинских исследований, который является научно-исследовательским и учебно-образовательным структурным подразделением Кыргызской Государственной медицинской академии и лаборатории скрининга и молекулярного моделирования биологически активных соединений Национальной академии наук Кыргызской Республики.

Выполнение этих задач позволит произвести коренные преобразования в научно-исследовательском процессе и должен оказать содействие в развитии медицинской науки и здравоохранения в КР, с последующим выходом и сотрудничеством на международном уровне.

Редакцияга берилүүчү макалаларды жасалгалоонун эрежелери.

Журнал – рецензияланган басылма болуп саналат.

Журналга медицина менен биологиянын актуалдуу маселелери боюнча жалпы жана теориялык макалалар, кызыктуу изилдөөлөр жарыяланат.

Журналга макала жөнөтөөрдөн мурда төмөнкү эрежелерди сакташыңыздарды суранабыз:

1. Редакция кагазга басылган кол жазманы (2 нуска) электрондук түрдөгүсү менен чогуу кабыл алат. Кол жазма кафедра башчынын же жетекчинин визасы менен (биринчи беттин үстүнкү сол бурчунда), автор иштеген мекеменин сунуштамасы мөөрү менен болушу керек. Кол жазманын аягында баардык авторлордун аты-жөнү, окумуштуулук даражасы, кызматы, жумушунун дареги, электрондук дареги, иш телефону жазылып, кол тамгалары коюлушу керек.

2. Макала компьютерде 1,5 интервалда Times 14 шрифти менен А 4 кагазга жазылат. Талаа: үстүнкү жана астынкы – 2,5 см, сол – 3,5 см, оң – 1,5 см. Макалага иллюстративдик материалдар сүрөт, рентгенограмм, графика, таблица түрүндө тиркелет. Фото сүрөттөр (кара-ак же түстүү) жалтырак кагазга ачык, даана чагылдырылышы зарыл. Рентгенограммдын фото көчүрмөсү даана түшүрүлүп, арткы бетине номери, автордун аты-жөнү жана макаланын аталышы жазылат. Редакцияга берилген макала иллюстративдик материалы менен кошо электрондук түрдө болушу керек. Баардык беттерге номерлер коюлат.

3. Макаланын көлөмү: 15 беттен ашпоого тийиш, адабияттардын обзору үчүн- 20 бет, клиникалык байкоо жүргүзүүлөр үчүн - 8 бет.

4. Биринчи бетке: 1) макаланын аты; 2) автордун аты-жөнү; 3) кафедранын же лабораториянын (кашаанын ичине жетекчинин аты-жөнү, окумуштуулук даражасы көрсөтүлөт) жана мекеменин толук аталышы жазылат. Эгерде авторлор ар кайсы мекемеден болсо анда кезеги менен ар бир автордун иштеген мекемеси көрсөтүлөт. Макаланын структурасы: киришүү, бейтаптар (материалдар) жана ыкмалар, изилдөөнүн жыйынтыктары жана алардын талкуусу, корутунду, адабияттар. Өзүнчө баракка резюме жана негизги сөздөр жазылат.

5. Текстттеги кыскартуулар чечмелениши менен берилиши керек. Иштин аталышынын кыскартылышына жана көнчүлүккө түшүнүксүз кыскартууларга жол берилбейт. Библиографиялык шилтемелер чарчы кашаанын ичине берилет. Статистикалык иштеп чыгуудагы маалыматтарга колдонулган ыкмаларды көрсөтүү жана көрсөткүчтөрдүн аталыштары келтирилиши керек. Бир эле маалыматтын же таблицанын эки жолу кайталанышына жол берилбейт.

6. Макалага авторлордун цитаталары ирээти менен адабияттардын тизмеси өзүнчө баракка 1,5 интервалда тиркелет (негизги макала үчүн 25тен ашпаган адабият, адабияттардын обзору үчүн 60). Китеп, диссертация, жыйнак, съезддердин жана конференциялардын материалдары үчүн авторлордун аты-жөнү, иштин аталышы, китептин толук аталышы, чыккан жылы, басмадан чыккан жери, китептин бети көрсөтүлөт. Мисалы: Бураковский В.И., Лищук В.А., Керцман В.П. ж.б. Интенсивдүү дарылоодо монитордук-компьютердик технологияларды колдонуунун он беш жылдык тажрыйбасы. – Китепте: Саламаттыкты сактоодогу информатика. – М.: Медицина, 1990.-3,6-бет. Сидоров И.С., Макаров И.О. Экламсия жана аны дарылоонун жаңы аспектилери. – Китепте: "Эне жана бала" Россиялык 6-форумдун материалынан. – М., 2004.-121-бет Журналдык макалалар үчүн – авторлордун аты-жөнү (эгерде авторлор бештен көп болсо, биринчи үч авторду гана көрсөтүп, калганын "ж.б." же "el al" деп англис же орус тилине ылайык көрсөтүп коюу керек), макаланын толук аталышы, журналдын кыскартылган аталышы (1 пс 1ех МесИсиз же МесШпе сыяктуу), жылы, том, басылманын номери, бетинин номери (биринчи жана акыркы) көрсөтүлөт. Мисалы: Насонов Е.Л., Самсонов Ю.М., Беленков Ю.Н. ж.б. Жүрөк кемтигинин иммунопатологиясы: цитокиндердин ролу. Кардиология.-1999.-№3.-66, 75-беттер.

7. Кыргыз, орус жана англис тилдеринде макаланын изилдөө максатын, пайдаланылган материалдардын жана ыкмалардын, алынган негизги жыйынтыктардын негизи көрсөтүлгөн резюме (көлөмү 0,5 бетке чейин), ошондой эле 3 тилде негизги сөздөр (7 сөздөн ашпаган) тиркелиши зарыл.

Резюменин башына макаланын аталышы, автордун ата-жөнү көрсөтүлүшү керек.

8. Макаланы автор жакшылап текшерип туруп анан берүүгө тийиш. Баардык аталыштар, химиялык формулалар, өлчөмдөр, цифралар, таблицалар, сүрөттөр ж.б. даана көрсөтүлүшү зарыл.

9. Бир жактуу кол жазмалар авторлорго кайра кайтарылып берилбейт. Эгерде макала автор тарабынан басмага даярдалып жаткан учурда оңдолуп түзөлсө, анда текстттин акыркы варианты келген күн келип түшкөн дата катары эсептелет.

10. Мурда жарык көргөн, башка журналдарга же жыйнактарга берилген макалалар кабыл алынбайт. Эрежеге ылайык жасалгаланбаган кол жазмалар кайра кайтарылып берилет.